Привать Доцентъ С. А. Сухановъ,
Ассистентъ Московской Психіатрической Клиники.



СЕМІОТИКА И ДІАГНОСТИКА ДУШЕВНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ

(ВЪ СВЯЗИ СЪ УХОДОМЪ ЗА БОЛЬНЫМИ И ЛѢЧЕНІЕМЪ ИХЪ)

Часть I

(Введеніе Меланхолія—Манія—Аменція Первичное помѣшательство)

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ IV и V курсовъ медицинскаго факультета)



МОСКВА.
Типографія М. Борисенко Новинскій бульваръ домъ Прозоровой
1904.



Лекція первая

Психіатрія или наука о душевныхъ болѣзняхъ занимаетъ нѣсколько особенное положеніе среди другихъ медицинскихъ знаній; она стоитъ какъ будто нѣсколько въ сторонѣ отъ тѣхъ наукъ, которыя имѣютъ дѣло съ болѣзнями физическаго организма человѣка. Научное знакомство съ психіатріей необходимо требуетъ обращенія въ область теоретическихъ знаній, стоящихъ сравнительно далеко отъ медицины, напр., въ область психологіи, знаніе которой становится нужнымъ для научнаго пониманія ненормальныхъ психическихъ процессовъ, происходящихъ въ больномъ человѣкѣ. Психическая жизнь душевно-больного весьма часто представляется чрезвычайно сложной; чтобы понять и оцѣнить сколько нибудь точно и близко къ истинѣ данное психопатическое состояніе, врачу-психіатру приходится собрать какъ можно больше фактовъ, касающихся душевной жизни, ея ненормальныхъ проявленій у даннаго больного; нужно умѣть разспросить больного, окружающихъ, вникнуть въ разныя мелочи индивидуальной жизни, познакомиться съ разными фактами, касающимися реакціи больного на окружающій внѣшній міръ и т. д.

Чѣмъ больше и внимательнѣе вы будете изслѣдовать душевно-больного, чѣмъ лучше и детальнѣе познакомитесь съ его психикой чѣмъ больше вниманія и времени удѣлите его изслѣдованію и наблюденію, тѣмъ больше вы будете понимать больного тѣмъ лучше и правильнѣе отнесетесь къ нему; тогда

вы будете въ состояніи дать наиболѣе разумный совѣтъ и устроить для больного наиболѣе раціональное лѣченіе, которое весьма часто и заключается въ томъ, чтобы создать для больного требующуюся для него подходящую обстановку.

Нужно имѣть всегда въ виду, что душевная жизнь психически больного человѣка, какъ мы только что замѣтили, нерѣдко представляется чрезвычайно сложной; вы увидите, какое значеніе имѣетъ во внѣшнемъ проявленіи душевной болѣзни индивидуальность человѣка и насколько это осложняетъ дѣло Одна и таже болѣзненная форма проявляется часто кажущимися неодинаковыми симптомами, что̀ зависитъ отъ многихъ причинъ, отъ индивидуальности больного, отъ расовыхъ особенностей, отъ степени образованія и умственнаго развитія отъ пола и т. д.

Задача настоящаго руководства будетъ заключаться въ томъ, чтобы дать возможность познакомиться съ пріемами изслѣдованія душевно-больныхъ, со способомъ изслѣдованія ихъ, особенно ихъ психической жизни. Конечно, только тогда вы можете понять данное состояніе душевно-больного, оцѣнить его, когда вы познакомились съ симптомами, касающимися душевной болѣзни, т. е. изслѣдовали душевное состояніе больного. Изслѣдованіе душевной жизни психически больного въ большинствѣ случаевъ вовсе не такъ легко, какъ это кажется многимъ лицамъ, не знакомымъ съ психіатріей.

Чтобы изслѣдовать душевно-больного, нужно какъ и при изслѣдованіи физическаго больного, познакомиться не только съ его настоящимъ состояніемъ, но и съ анамнезомъ. Если вамъ предстоитъ изслѣдовать психически больного человѣка, то прежде всего нужно узнать въ самыхъ общихъ чертахъ, съ кѣмъ вы будете имѣть дѣло; нужно узнать фамилію, имя и отчество больного. Знаніе имени и отчества больного во многихъ случаяхъ необходимо, между прочимъ, потому, что приходится лично, во время разспроса, обращаться къ больному, повторять вашъ вопросъ по нѣскольку разъ въ тѣхъ, напр., случаяхъ, когда больной мало и не охотно говоритъ и

отвѣчаетъ на вопросы. Нужно узнать приблизительный хотя бы возрастъ; это необходимо потому, что нѣкоторыя душевныя болѣзни бываютъ преимущественно въ опредѣленномъ возрастѣ. Общественное положеніе больного и родъ его занятій также имѣютъ нѣкоторое значеніе, потому что, повидимому, извѣстныя занятія больше располагаютъ къ одной душевной болѣзни, а другія—къ иной.

Въ большинствѣ случаевъ изслѣдованія душевнаго состоянія, анамнезъ и status психическаго состоянія имѣютъ преимущественное значеніе для опредѣленія душевной болѣзни. Поэтому, больше вниманія приходится обращать на эту сторону дѣла Но какъ приступить къ составленію анамнеза психическаго состоянія даннаго больного, съ чего начать, въ какомъ именно порядкѣ, на что обратить вниманіе? Иногда съ душевнобольнымъ является кто-нибудь изъ окружающихъ, родственникъ, знакомый или постороннее совсѣмъ лицо; иногда же, что бываетъ нерѣдко, больной является къ вамъ одинъ, безъ сопровожденія другого лица. Если съ больнымъ явился кто-нибудь, то нужно поговорить прежде всего съ тѣмъ лицомъ, которое сопровождаетъ больного и узнать прежде всего въ общихъ чертахъ, въ чемъ выражается душевная болѣзнь даннаго больного; въ первый ли разъ онъ боленъ или нѣтъ, давно ли боленъ. Первоначальный разспросъ лица, сопровождающаго больного, нужно всегда стараться вести не въ присутствіи больного; нужно попросить больного, даже несмотря на его протесты, подождать, пока вы будете говорить съ сопровождающимъ его лицомъ. Почему же неудобно разговаривать при больномъ? Неудобно это въ разныхъ отношеніяхъ; во-первыхъ, больной или больная будетъ часто мѣшать вамъ разспрашивать, сердиться на разсказывающаго о немъ, прерывать вашъ разспросъ, мѣшать вамъ систематически познакомиться съ объективнымъ анамнезомъ; мнѣ думается, что нужно избѣгать вести разговоръ о больномъ съ другимъ лицомъ даже и въ томъ случаѣ, когда больной кажется мало понимающимъ огружающее. Излишняя щепетильность и деликатность

по отношенію къ больному не поставитъ никогда васъ въ неловкое положеніе касательно больного если окажется, что больной больше понимаетъ, чѣмъ это оказалось съ перваго раза. Нѣкоторые больные сердятся на то, что врачъ разговариваетъ не съ ними, а разспрашиваетъ другихъ сначала; иногда больные даже подходятъ къ комнатѣ, гдѣ вы ведете разспросъ, волнуются по этому поводу; но только въ рѣдкихъ случаяхъ волненіе это можетъ достигать такой степени, что вы должны позвать къ себѣ больного и кончить разспросъ сопровождающаго его лица. Большею же частью больныхъ удается уговорить очень легко подождать, пока вы собираете объективный анамнезъ. Во всякомъ случаѣ, это обстоятельство не повредитъ больному, не ухудшитъ его состоянія, но поможетъ вамъ узнать отъ другого, въ чемъ же проявляется болѣзнь, какъ она развилась и текла. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ присутствіе больного при разспросѣ можетъ быть и вредно для него; такъ, напр., если больной — меланхоликъ, то разспрашивать при немъ и притомъ подробно о попыткахъ на самоубійство вовсе не желательно, такъ какъ это можетъ быть даже вредно для него. Нѣкоторые родственники боятся того, что больной или больная будетъ сердиться затѣмъ по поводу того, что на него наговорили, стараются скрыть отъ больного то обстоятельство, что говорили о немъ; иногда могутъ просить васъ сказать больному, что вы разговаривали не о немъ, а о здоровьѣ, напр., лица, сопровождающаго больного. Врачу поддерживать такой обманъ ни въ какомъ случаѣ нельзя. Тоже самое я не могу представить себѣ такой случай, когда бы вамъ нужно было бы прибѣгнуть къ обману больного, скрыть передъ нимъ, что вы врачъ и т. д. Нерѣдко бываютъ такіе случаи, что къ врачу обращаются съ просьбой изслѣдовать больного, но явиться къ нему въ видѣ адвоката, который поведетъ его дѣла, или покупщика имѣнія, или назваться фамиліей другого врача; такія предложенія мотивируются обыкновенно тѣмъ, что больной сердится на врачей, не считаетъ себя больнымъ, не хочетъ лѣчиться; никогда и ни въ какомъ случаѣ врачу не слѣдуетъ

прибѣгать къ такому обману; онъ, кромѣ вреда, ничего собою не принесетъ. Прибѣгая къ обману, вы всегда рискуете быть изобличеннымъ больнымъ, и тогда вы лишитесь довѣрія больного, потеряете вліяніе на него, не можете изслѣдовать его, какъ слѣдуетъ. Да и опасенія родныхъ, заставляющія ихъ самихъ прибѣгать къ обману и васъ участвовать въ немъ, вовсе неосновательны. Больные гораздо больше будутъ сердиться за обманъ ихъ, нежели если вы не скрываете предъ больнымъ, что вы врачъ и что онъ боленъ и нуждается въ лѣченіи. Ненужно забывать, что сознаніе, хотя и смутное, безсознательное, если такъ можно выразиться, почти всегда существуетъ въ душѣ тѣхъ больныхъ, которые не считаютъ себя заболѣвшими, которые не хотятъ лѣчиться, протестуютъ противъ лѣченія и врачей и своимъ поведеніемъ заставляютъ родныхъ и окружающихъ прибѣгать гъ обману и скрывать отъ нихъ что ихъ везутъ въ больницу и къ врачу.

И такъ, вы приступаете къ разспросу лица сопровождающаго больного; не мѣшаетъ знать, отъ кого вы получаете свѣдѣнія о больномъ, отъ родственника или отъ просто знакомаго, живетъ ли это лицо съ больнымъ или нѣтъ, знаетъ ли близко его болѣзнь и т. д.

Весьма часто, даже большею частью, приходится во время разспроса о болѣзни самому предлагать вопросы, направлять вниманіе разспрашиваемаго лица въ ту или другую сторону по своему желанію. Иногда можно предоставить сопровождающему лицу разсказывать послѣдовательно; а вы слушаете и только отъ времени до времени вставляете свои вопросы.

Иногда такого рода разсказъ даетъ вамъ больше для пониманія болѣзни, нежели если вы сами будете предлагать постоянно вопросы и мало слушать разсказъ другого о болѣзни. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ приходится поступать неодинаково, смотря по тому, кто вамъ разсказываетъ и какъ разсказываетъ. Не нужно даже имѣть большого опыта, чтобы убѣдиться въ томъ, что разсказы окружающихъ весьма часто мало послѣдовательны и сопровождаются введеніемъ въ дѣло

такихъ мелочей, которыя въ вашихъ глазахъ вовсе и не будутъ имѣть значенія. Потомъ, не нужно поддаваться тому, что у больного или больной душевное страданіе развилось отъ того-то или отъ того-то, какъ это думаютъ въ публикѣ. Большинство окружающихъ стараются навязать вамъ объясненіе причинъ болѣзни, приходятъ къ врачу уже съ готовыми взглядами публики, но не разумно-медицинскими. Если имѣете дѣло съ больнымъ дѣтскаго или юношескаго возраста или если душевная болѣзнь развилась съ дѣтства, то разспросъ обыкновенно начинается съ того, родился ли больной во-время, доношеннымъ или нѣтъ, что конечно имѣетъ большое значеніе на послѣдующее развитіе психической жизни. Преждевременное появленіе на свѣтъ заставляетъ организмъ, а въ томъ числѣ и всю нервную систему, доразвиваться въ иныхъ условіяхъ, чѣмъ во время внутри-утробной жизни. Далѣе, слѣдуетъ вести разспросъ насчетъ того, когда больной сталъ ходить, на какомъ году, скоро-ли научился ходить или-же долго не могъ научиться ходить

Если больной долго не ходилъ, то это уже указываетъ на то, что организмъ вообще и нервная система въ частности развивались ненормально. Ненормальное и запоздалое развитіе выражается также и въ томъ, что ребенокъ начинаетъ говорить позднѣе обыкновеннаго или же долгое время не ясно говоритъ.

Нерѣдко въ подобнаго рода случаяхъ отмѣчается и позднее прорѣзываніе зубовъ. Задерживающее вліяніе на развитіе умственныхъ способностей ребенка оказываютъ въ значительной степени судорожные припадки эпилептическаго или эпилептоиднаго характера; иногда умственная отсталость начинается съ появленія припадковъ или усиливается съ появленіемъ ихъ. Нужно отмѣтить въ исторіи болѣзни, когда начались припадки, въ чемъ они проявлялись, какъ часто бывали. Чѣмъ раньше припадки появились, тѣмъ больше отразятся они на умственномъ развитіи, тѣмъ глубже разстроятъ они дальнѣйшее развитіе нервной системы и связанное съ нею развитіе психи-

ческой жизни. Если припадки длятся подолгу или часто повторяются, то это также будетъ условіемъ, весьма дурнымъ для дальнѣйшаго роста психики даннаго индивидуума. Иногда, впрочемъ, припадки, если они были кратковременны и не часты, мало отражаются на дальнѣйшемъ психическомъ развитіи. Кромѣ припадковъ появленіе другихъ мозговыхъ симптомовъ въ раннемъ дѣтствѣ также достойно большого вниманія. Органическое пораженіе, даже частичное пораженіе того или другого отдѣла въ области мозгового полушарія, на ребенкѣ отразится во много разъ гибельнѣе, чѣмъ соотвѣтствующее пораженіе головного мозга у взрослаго

Но въ анамнезѣ душевно-больныхъ приходится отмѣчать не только признаки отсталаго развитія, физическаго и психическаго, въ раннемъ дѣтствѣ; иногда наоборотъ, хотя и въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, удается слышать, что больной вь раннемъ дѣтствѣ развивался даже преждевременно, опережая намного своихъ сверстниковъ, но такого рода быстрое начало развитія въ дальнѣйшемъ теченіи сопровождается иногда уже отсталостью развитія въ отроческомъ и юношескомъ возрастѣ.

Нормальное развитіе организма и нервной системы исключаетъ, какъ само собой понятно, и отсталое умственное и физическое развитіе въ раннемъ дѣтствѣ, и ненормально быстрое, не по возрасту, развитіе въ раннемъ дѣтствѣ.

Не правильная организація нервной системы выражается довольно рано, иногда и въ томъ, что появляются съ дѣтства тѣ или иныя черты, характеризующія ненормальный характеръ. Поэтому, при разспросѣ больныхъ большое значеніе имѣетъ опредѣленіе ихъ характера до появленія рѣзко-выраженнаго душевнаго разстройства. Иногда странности въ характерѣ проявляются весьма рано, еще въ дѣтствѣ. Эти странности могутъ обнаруживаться въ различной формѣ, въ различной степени и неодинаково въ различные возрасты жизни. Поэтому, въ анамнезѣ больныхъ нужно постараться отмѣтить, какой характеръ былъ у даннаго больного; иногда можно наблюдать что на почвѣ извѣстныхъ особенностей характера со

временемъ развивается опредѣленный психозъ. Такъ, напр., при психозахъ навязчивыхъ идей удается отмѣтить при внимательномъ разспросѣ, что зачатки навязчивыхъ представленій и влеченій появились въ раннемъ еще дѣтствѣ. Для пониманія болѣзни больного, находящагося въ дѣтскомъ или юношескомъ возрастѣ, всегда надо узнать, каковы были способности больного, какъ онъ учился, успѣшно-ли шло ученіе, считался-ли онъ умственно отсталымъ или былъ хорошо развитъ въ психическомъ отношеніи; конечно, появленіе душевной болѣзни на почвѣ уже существовавшей умственной слабости должно давать болѣе дурное предсказаніе, чѣмъ соотвѣтствующее появленіе ея на почвѣ нормальной степени умственнаго развитія

Если изъ предварительнаго разспроса лица, сопровождающаго больного, окажется, что больной страдаетъ душевной болѣзнью не въ первый разъ, то это прежде всего, конечно, должно наводить на мысль о существованіи рецидивирующаго психоза, т.-е. психоза повторяющагося отъ времени до времени. Такого рода психозы, т.-е., повторные психозы, могутъ выражаться въ самой разнообразной формѣ. Такъ, напр., у больного можетъ отъ времени до времени появляться дурное настроеніе, тоска, съ мрачнымъ содержаніемъ мыслей, съ самообвиненіемъ, тревогой, безсоницей, подозрительностью, неспособностью заниматься. Проходитъ извѣстное время, больной выздоравливаетъ, снова начинаетъ заниматься дѣломъ. Или, наоборотъ, у больного отъ времени до времени появляется возбужденное состояніе, подвижность, суетливость, говорливость, то съ пріятнымъ настроеніемъ, то съ непріятнымъ самочувствіемъ; затѣмъ, больной черезъ нѣкоторое время выздоравливаетъ, снова начинаетъ заниматься. То и другое состояніе можетъ повторяться черезъ разные промежуки времени у различныхъ больныхъ; у одныхъ чаще, у другихъ очень рѣдко, черезъ 10—15—20, даже 30—40 лѣтъ. Иногда рецидивирующій психозъ выражается не въ видѣ меланхоліи или

маніакальнаго состоянія, а въ формѣ спута ности сознанія или, рѣже, въ формѣ бредовой съ яснымъ сознаніемъ

При разспросѣ о рецидивирующемъ психозѣ мы должны обратить вниманіе на го, въ какой формѣ выражается болѣзнь, походитъ-ли одинъ приступъ болѣзни на другой, какъ начинается болѣзнь, быстро-ли или постепенно. При повторныхъ психозахъ болѣзнь весьма часто начинается довольно быстро, развиваясь иногда въ короткое время; также быстро иногда болѣзнь и оканчивается при этихъ психозахъ. Нужно постараться опредѣлить, когда былъ первый приступъ болѣзни, въ какихъ годахъ; сколько времени болѣзнь тогда протекала. Затѣмъ, послѣдовательно и по возможности точнѣе отмѣчается появленіе другихъ, повторныхъ приступовъ болѣзни. Лучше всего въ такихъ случаяхъ, если есть возможность, отмѣтить появленіе приступовъ болѣзни или по годамъ, или по возрасту Когда мы имѣемъ дѣло съ рецидивирующимъ психозомъ, то при собираніи анамнестическихъ данныхъ нужно и интересно отмѣтить, съ какого мѣсяца начиналась болѣзнь и когда кончалась. Если приступы рецидивирующаго психоза неодинаковы и непохожи вполнѣ одинъ на другой, то нужно спросить, чѣмъ именно отличалась одна болѣзнь отъ другой, отличалась ли она качественно или-же только степенью и интензивностью отдѣльныхъ приступовъ. Иногда повторные приступы душевной болѣзни оставляютъ съ перваго же раза глубокій слѣдъ на психикѣ больного, такъ что послѣдующіе приступы уже развиваются на почвѣ ослабленной психики почему и внѣшнее проявленіе ихъ будетъ нѣсколько иное.

Иной разъ приступы рецидивирующаго психоза оставляютъ лишь ничтожный слѣдъ на психикѣ больного или же совсѣмъ не измѣняютъ психики до поры-до времени. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ такого психоза слѣдуетъ отмѣчать только что указанное обстоятельство. Нужно замѣтить, что первый приступъ рецидивирующаго психоза развивается обыкновенно въ ранней молодости, иногда въ отроческомъ или юношескомъ возрастѣ Изъ рецидивирующихъ психозовъ развивающихся

въ періодѣ инволюціи организма, чаще всего встрѣчается меланхолія, т. е. душевная болѣзнь, выражающаяся въ появленіи дурного и мрачнаго настроенія съ соотвѣтствующими мыслями.

Если мы узнаемъ, что у больного наблюдались приступы душевной болѣзни въ формѣ, положимъ, тоскливаго и мрачнаго настроенія, то необходимо узнать, не были ли у больного или до этого приступа или послѣ него длительнаго веселаго состоянія; существованіе послѣдняго въ анамнезѣ больного, у котораго, кромѣ того, отмѣчаются приступы длительнаго дурного и мрачнаго настроенія, указываетъ на существованіе такъ называемаго циркулярнаго или кругового психоза. Иногда та или другая фаза кругового или циркулярнаго психоза выражена нерѣзко и почти не замѣчается окружающими, которые и не обращаютъ на нее вниманія. Зная-же это, весьма часто удается при разспросѣ узнать, что меланхолическая фаза сопровождается или предшествуется маніакальной фазой, иногда слабо выраженной; или наоборотъ, рѣзко выраженной маніакальной фазѣ предшествуетъ или сопровождаетъ ее слабо выраженное мрачное и угнетенное настроеніе. Надо замѣтить что циркулярный психозъ начинается почти всегда съ меланхолическихъ приступовъ.

Многіе изъ острыхъ душевныхъ болѣзняхъ наклонны къ повторенію. Если у больного отмѣчаются симптомы душевнаго разстройства въ формѣ длительнаго повышеннаго самочувствія, съ подвижностью, говорливостью, суетливостью, т. е., если у него существуютъ признаки маніакальнаго состоянія, то всегда нужно справиться, является-ли данный приступъ впервые или онъ будетъ повторнымъ заболѣваніемъ. Маніакальное состояніе, какъ единичное заболѣваніе и какъ рецидивирующій психозъ, встрѣчаются, значительно рѣже чѣмъ меланхолическія состоянія.

Что касается меланхоліи, какъ единичнаго приступа, то нужно замѣтить, что она встрѣчается не такъ часто, какъ это думали прежде хотя можетъ быть, чаще, чѣмъ единичный

приступъ маніи. Иной разъ встрѣчается, какъ единичное заболѣваніе, та форма душевнаго разстройства, которая называется *аменціей* и которая выражается съ внѣшней стороны помраченіемъ сознанія въ той или другой степени, неспособностью больного оріентироваться отчетливо въ пространствѣ и времени и появленіемъ самыхъ разнообразныхъ, подчасъ смутныхъ и неотчетливыхъ, обмановъ различныхъ органовъ чувствъ. Спутанность сознанія во многихъ случаяхъ обнаруживаетъ наклонность повторяться. Изъ другихъ формъ острыхъ психозовъ, рѣже встрѣчающихся, нужно отмѣтить еще такъ называемую острую паранойю, т. е., такую болѣзнь, гдѣ затемненія сознанія не бываетъ или гдѣ оно выражено въ весьма слабой степени, но гдѣ у больного наблюдается масса ложныхъ, то отрывочныхъ, то болѣе или менѣе систематизированныхъ, бредовыхъ или нелѣпыхъ идей и обмановъ органовъ чувствъ различнаго содержанія.

Объ острыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ, связанныхъ съ такими неврозами, какъ истерія или эпилепсія, будетъ упомянуто позднѣе. Но помимо только что упомянутыхъ неврозовъ психическое разстройство, какъ временное осложненіе, т. е., какъ острый психозъ, можетъ осложнять и Базедову болѣзнь, и Виттову пляску, или еще какой нибудь другой неврозъ. Во многихъ случаяхъ такого рода психическое разстройство можетъ иногда имѣть характерныя особенности. Укажемъ, кстати, здѣсь и на то, что острая излѣчимая спутанность можетъ развиться и на почвѣ истощенія, напр., послѣ острой инфекціонной болѣзни, какъ, напр., послѣ быстраго паденія температуры при воспаленіи легкихъ.

Но при разспросѣ родныхъ или окружающихъ нужно всегда обращать вниманіе на то, является-ли данное острое заболѣваніе на почвѣ развитой и неповрежденной прежними болѣзнями психики, или-же наоборотъ, не есть-ли оно обостреніе хронической и неизлѣчимой душевной болѣзни. Хроническая и неизлѣчимая душевная болѣзнь можетъ выражаться различно, имѣть различный патогенезъ и можетъ начаться въ той или другой формѣ въ самые разнообразные возрасты жизни.

Начнемъ съ наклонности мозга къ преждевременному отживанію. Наклонность мозга къ преждевременному увяданію можетъ появиться въ разное время жизни. Иногда умственная отсталость или задержка психическаго развитія обнаруживается съ самого ранняго дѣтства; причемъ она достигаетъ весьма часто глубокой степени, давая различныя формы идіотизма и недомыслія.

Иной разъ преждевременное увяданіе психической жизни начинается съ отроческаго и юношескаго періода жизни, что даетъ ту форму болѣзни, которая называется преждевременнымъ юношескимъ слабоуміемъ. Обратное (болѣзненное) развитіе психической жизни можетъ начаться и въ среднемъ возрастѣ, давая картину то преждевременнаго слабоумія, то аналогичныхъ состояній съ различнаго рода бредовыми идеями, иногда нѣсколько систематизированными. Если упадокъ психической жизни начинается въ пожиломъ возрастѣ, то мы будемъ имѣть иногда предъ собою то, что называется старческимъ слабоуміемъ.

На почвѣ той или другой формы преждевременнаго отживанія мозга могутъ вспыхивать остро-протекающіе приступы болѣзни различнаго характера и выражающіеся неодинаково въ зависимости отъ возраста больного и характера самаго осложненія; большею частью такого рода осложненія не походятъ вполнѣ на симптомы острыхъ душевныхъ болѣзней и выражаются въ смѣшанномъ видѣ. Иной разъ заболѣваніе, кажущееся по началу и развитію острымъ, не оканчивается выздоровленіемъ, затягивается, ведетъ къ стойкому распаду психической жизни, давая картину такого душевнаго разстройства, которое называется вторичнымъ слабоуміемъ или заключительнымъ слабоуміемъ. Конечно, въ такого рода случаяхъ трудно рѣшить вопросъ, какъ правильнѣе смотрѣть на сущность дѣла: во-первыхъ, можно предположить, что не острая душевная болѣзнь повела къ слабоумію, а что она-то развилась уже на почвѣ наступающаго преждевременнаго слабоумія; она осложнила лишь послѣднее. Какъ-бы ни смотрѣли мы на дѣло но не-

сомнѣнно одно, что существуетъ довольно много хроническихъ неизлѣчимыхъ душевныхъ состояній съ ослабленіемъ умственныхъ способностей. Если спросимъ себя, въ чемъ же, въ какой именно формѣ, выражаются эти неизлѣчимыя состоянія, то на этотъ вопросъ можно отвѣтить, что имѣется безконечное множество и разнообразіе внѣшняго проявленія такихъ хроническихъ неизлѣчимыхъ, тянущихся въ однообразной формѣ, душевныхъ состояній. Тутъ мы встрѣтимся и съ глубокими формами безсмыслія, и съ менѣе рѣзко выраженнымъ безсмысліемъ, и съ простымъ слабоуміемъ; тутъ будутъ больные спокойные и безпокойные, говорливые и молчаливые, здѣсь мы встрѣтимся съ проявленіемъ самаго разнообразнаго отрывочнаго бреда и обмановъ органовъ чувствъ. Если изъ разспроса родныхъ или окружающихъ окажется, что болѣзнь тянется давно, уже нѣсколько лѣтъ, то нужно постараться опредѣлить для себя внѣшнее проявленіе болѣзни въ данномъ случаѣ: нужно спросить, какъ началась болѣзнь, какъ она протекала, были-ли въ теченіи болѣзни колебанія и въ чемъ именно выражается болѣзнь, какими симптомами; если имѣется стаціонарное состояніе, то нужно узнать, давно-ли оно, сколько времени оно длится. Какіе же вопросы слѣдуетъ задавать лицу, сопровождающему больного, въ данномъ случаѣ? Нужно спросить, напр., безпокоенъ-ли больной или нѣтъ, наоборотъ, тихъ, много-ли больной говоритъ, что̀ именно говоритъ, какъ ведетъ себя, что̀ дѣлаетъ, можетъ ли заниматься чѣмъ-нибудь и т. д. Нужно добиться того, чтобы составить себѣ представленіе о такомъ хроническомъ неизлѣчимомъ состояніи, что̀ важно знать, напр., для ухода за больнымъ и для помѣщенія его среди другихъ больныхъ. Слѣдовательно, необходимо въ практическомъ отношеніи опредѣлить индивидуальное проявленіе упомянутой болѣзни.

Изъ другихъ неизлѣчимыхъ душевныхъ болѣзней нужно указать на хроническій систематизированный бредъ и прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. Хроническій систематизированный бредъ или первичное помѣшательство чаще всего и

въ наиболѣе характерной формѣ начинается въ среднемъ возрастѣ. Эта болѣзнь характеризуется крайне медленнымъ и постепеннымъ развитіемъ; начинается она съ того, что больной постепенно дѣлается недовѣрчивымъ и подозрительнымъ по отношенію къ окружающимъ, многое принимаетъ на свой счетъ, удаляется отъ окружающихъ, затѣмъ начинаетъ видѣть намеки на свой счетъ, замѣчать не дружелюбное отношеніе къ себѣ со стороны окружающихъ, часто со стороны опредѣленныхъ лицъ. Начало болѣзни долго окружающими можетъ быть не замѣчено, такъ какъ такой больной бываетъ обыкновенно скрытенъ и таитъ свои болѣзненныя мысли и наблюденія въ самомъ себѣ; только тогда, когда болѣзнь достигла извѣстнаго развитія, больной высказываетъ и обнаруживаетъ неправильное отношеніе къ окружающимъ; только тогда обращаютъ на него болѣе серьезное вниманіе, и часто только съ этого момента считаютъ окружающіе его заболѣваніе.

Разсказы самихъ больныхъ о своихъ подозрѣніяхъ и ложныхъ наблюденіяхъ, какъ увидимъ впослѣдствіи, даютъ возможность болѣе или менѣе точно опредѣлить начало заболѣванія. Затѣмъ, послѣ бреда наблюденія у больного, часто медленно и постепенно, образуется и формируется бредъ преслѣдованія; больной еще больше уходитъ въ себя и создаетъ послѣдовательно свой систематизированный бредъ; и все это происходитъ при ясномъ сознаніи, такъ что въ этомъ случаѣ можно говорить до нѣкоторой степени о частичномъ пораженіи психики, такъ какъ больной въ остальномъ можетъ имѣть совершенно здравыя представленія. Въ этомъ періодѣ болѣзни появляются слуховыя, преимущественно, иллюзіи и галлюцинаціи; этотъ больной начинаетъ думать, что его гипнотизируютъ, вліяютъ на него при помощи электричества, магнитизма или какъ-нибудь иначе; начинаетъ вести мысленные разговоры съ разными лицами, часто на далекомъ разстояніи, замѣчаетъ въ тѣлѣ разныя странныя ощущенія. Впослѣдствіи, часто черезъ много лѣтъ, психика больного постепенно падаетъ, бредъ преслѣдованія замѣняется постепенно бредомъ величія; больному

напр., начинаетъ думаться, что его преслѣдовали потому, что онъ знатнаго происхожденія, что отъ него скрываютъ это, начинаетъ слышать соотвѣтствующіе этому голоса. Въ концѣ концовъ, при хроническомъ систематизированномъ бредѣ психика слабѣетъ настолько, что развивается болѣе или менѣе глубокое слабоуміе. Такимъ образомъ, какъ мы видѣли при разспросѣ окружающихъ, если ясно, что мы имѣемъ дѣло съ такого рода больнымъ, нужно постараться и въ объективномъ анамнезѣ опредѣлить точнѣе начало душевной болѣзни, всегда имѣя въ виду, что начало болѣзни не совпадаетъ съ тѣмъ моментомъ, когда на больного обратили вниманіе, какъ на ненормальнаго человѣка, а будетъ значительно раньше.

Кромѣ хроническаго первичнаго помѣшательства или хронической паранойи, рѣдкой болѣзни, существуетъ еще хроническая, часто встрѣчающаяся, неизлѣчимая и постепенно развивающаяся душевная болѣзнь; въ своей основѣ она имѣетъ органическое пораженіе головного мозга. Я имѣю въ виду прогрессивный параличъ помѣшанныхъ и формы съ нимъ сродныя.

Эта болѣзнь въ общемъ сводится къ тому, что у больного большею частью въ среднемъ возрастѣ, начинается постепенное, иногда со скачками и съ ремиссіями, ослабленіе умственныхъ способностей и прогрессирующая общая слабость. Начиная часто съ явленій неврастеническихъ, прогрессивный параличъ помѣшанныхъ постепенно ведетъ къ ослабленію памяти и соображенія, къ упадку умственной энергіи; причемъ картина болѣзни всегда осложняется тѣми или другими двигательными разстройствами, изъ которыхъ самымъ характернымъ и надежнымъ въ діагностическомъ отношеніи будетъ, такъ называемое, паралитическое разстройство рѣчи. У лица, сопровождающаго больного при собираніи анамнестическихъ данныхъ всегда необходимо въ этомъ случаѣ спрашивать, не было-ли у больного обморочныхъ состояній, какихъ нибудь припадковъ, дурнотъ, головокруженій, скоро проходящихъ параличей, временныхъ разстройствъ физической рѣчи

Такъ какъ больные прогрессивнымъ параличемъ часто въ началѣ болѣзни, а иногда даже довольно долгое время, занимаются привычнымъ для нихъ дѣломъ, то начало болѣзни окружающими считается съ того лишь періода, когда болѣзнь выразилась рѣзкими уже симптомами, что не будетъ соотвѣтствовать началу болѣзни. При разспросѣ объ этой болѣзни когда вы получите отвѣтъ о началѣ болѣзни, нужно спросить о томъ, въ какомъ положеніи было здоровье больного до этого, не наблюдалось-ли у него раздражительности, забывчивости, не дѣлалъ-ли онъ больше ошибокъ въ своихъ дѣлахъ, чѣмъ прежде. И весьма часто удается узнать, что у больного еще до того момента, когда на него обратили вниманіе, какъ на больного, существовали признаки болѣзни, не считавшіеся окружающими за проявленіе болѣзни. Далѣе, если, судя по разспросу, вы видите, что имѣете дѣло съ далеко зашедшимъ случаемъ прогрессивнаго паралича, то при дальнѣйшемъ разспросѣ, помимо прогрессирующаго слабоумія постоянно нужно разспрашивать и о физической сторонѣ больного, также постепенно все больше и больше падающей. Тутъ вы узнаете, что больной весь ослабъ, что онъ едва и съ трудомъ ходитъ, что онъ плохо владѣетъ руками, съ трудомъ выговариваетъ слова и т. д. Иногда предъ появленіемъ рѣзкихъ признаковъ прогрессивнаго паралича или въ началѣ болѣзни можетъ развиться картина, напоминающая какое нибудь острое психическое заболѣваніе, напр., маніакальное состояніе, меланхолическое состояніе, спутанность, бредовыя идеи преслѣдованія, иногда симптомы, похожіе на циркулярный или круговой психозъ; но при этомъ въ картинѣ такихъ осложняющихъ психозовъ проявляется постепенная умственная слабость больныхъ, что, впрочемъ, въ началѣ болѣзни выражено не рѣзко. Нужно имѣть въ виду, что если человѣкъ впервые заболѣваетъ умственнымъ разстройствомъ въ той или другой формѣ въ среднемъ возрастѣ, приблизительно отъ 30 до 40 лѣтъ, и если особенно въ его анамнезѣ отмѣчается прежде перенесенный сифилисъ, то почти всякаго рода душевное разстройство, даже

не сопровождающееся рѣзкими и замѣтными физическими раз стройствами, должно возбуждать мысль о томъ, не имѣемъ-ли мы дѣло съ начинающимся прогрессивнымъ параличемъ. Поэтому, въ такихъ случаяхъ, при разспросѣ лицъ, сопровождающихъ больного нужно обратить вниманіе на эту сторону дѣла.

Изъ психическихъ разстройствъ, развивающихся въ зависимости отъ органическаго пораженія головного мозга, нужно имѣть въ виду, при составленіи объективнаго анамнеза, различныя проявленія умственной слабости, развивающейся при атероматозномъ пораженіи сосудовъ головного мозга, которое можетъ обусловливаться различными этіологическими моментами, напр., алкоголизмомъ, сифилисомъ, старческими измѣненіями и т. д. Внѣшнее проявленіе такого рода картины душевной болѣзни выражается неодинаково, часто осложняется мѣстными очаговыми симптомами, дающими соотвѣтствующую мѣстную картину. Все это разнообразное проявленіе психической слабости, наблюдаемой при различныхъ органическихъ болѣзняхъ головного мозга, извѣстно подъ общимъ именемъ слабоумія вслѣдствіе органическаго пораженія головного мозга. Сюда-же относятся тѣ формы ослабленія умственной дѣятельности, которыя встрѣчаются нерѣдко послѣ обыкновенныхъ гемиплегій.

Кромѣ органическихъ психозовъ, о которыхъ была рѣчь и которыя не даютъ выздоровленія, куда относятся прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, старческое слабоуміе, слабоуміе вслѣдствіе органическаго поврежденія головного мозга, существуютъ еще органическіе психозы, оканчивающіеся иногда выздоровленіемъ, хотя и неполнымъ. Таковъ, напр., психозъ, протекающій въ связи съ множественнымъ невритомъ и извѣстный подъ именемъ полиневритическаго психоза или болѣзни Корсакова, эта болѣзнь впервые опредѣленно и точно выдѣлена въ самостоятельную клиническую форму нашимъ покойнымъ учителемъ, хорошо вамъ извѣстнымъ проф. *С. С. Корсаковымъ*. Одной изъ характерныхъ особенностей полинев-

ритическаго психоза является, между прочимъ, разстройство памяти въ формѣ крайней забывчивости текущихъ событій и въ формѣ ложныхъ воспоминаній. Если къ вамъ обращаются по поводу психическаго разстройства больного, про котораго, напр., сообщаютъ, что онъ перенесъ тифъ или инфлюэнцу или который сильно пилъ и сталъ страдать затѣмъ большею слабостью, то перѣдко по короткому разговору съ лицомъ, знающимъ больного, легко иногда поставить правильную діагностику; настолько характерны для полиневритическаго психоза нѣкоторые психическіе признаки, бросающіеся въ глаза окружающимъ; въ данномъ случаѣ окружающіе будутъ вамъ разсказывать, что больной сталъ забывать почти моментально все, что происходитъ въ настоящее время, помня хорошо давно прошедшія событія, или что больной разсказываетъ то, чего въ настоящее время на самомъ дѣлѣ не было и не могло быть.

Другой органическій психозъ, дающій, хотя и нечасто, выздоровленіе и при томъ неполное, это будетъ, такъ называемый, острый бредъ; эта болѣзнь протекаетъ съ лихорадочнымъ состояніемъ неправильнаго типа, съ чрезвычайно рѣзко выраженнымъ двигательнымъ возбужденіемъ, съ устрашающими обманами органовъ чувствъ; болѣзнь эта встрѣчается рѣдко и въ большинствѣ случаевъ представляется весьма опасной для жизни.

Теперь скажемъ пока нѣсколько словъ по поводу тѣхъ психозовъ, которые связываются съ опредѣленнымъ этіологическимъ моментомъ: сюда можно отнести алкогольные психозы, истерическіе психозы, эпилептическіе психозы, психозы, имѣющіе тѣсную связь съ психической дегенераціей и, такъ называемые, травматическіе психо-неврозы. Всѣ этого рода психозы, обозначенные подъ той или другой общей рубрикой, бываютъ весьма разнообразны и имѣютъ неодинаковое клиническое теченіе; одни изъ нихъ быстро и скоро оканчиваются, другіе затягиваются, третьи наконецъ не проходятъ и могутъ закончиться какимъ-нибудь заключительнымъ состояніемъ, часто въ формѣ ослабленія психической дѣятельности

Если изъ разспроса вы узнали, что больной злоупотреблялъ спиртными напитками, то необходимо при дальнѣйшемъ разспросѣ подробнѣе остановиться на вопросахъ, касающихся того, не имѣете-ли вы дѣло съ психозомъ, развивавшимся именно отъ злоупотребленія спиртными напитками, безъ котораго и не было бы этого психоза. При этомъ, прежде всего слѣдуетъ спросить, не было-ли у больного бѣлой горячки, не страдаетъ-ли онъ страхами по ночамъ, не видитъ-ли разныхъ звѣрей и нечистыхъ, не слышится-ли ему угрожающіе голоса, нѣтъ-ли у него осязательныхъ обмановъ и т. д. Бѣлая горячка при благопріятныхъ условіяхъ быстро проходитъ, но при употребленія спиртныхъ напитковъ можетъ повторяться, иногда много разъ; бѣлая горячка оканчивается выздоровленіемъ; иногда при хроническомъ алкоголизмѣ у больного, послѣ бѣлогорячечнаго синдрома, остается неправильное отношеніе къ тому, что ему мерещилось и слышалось, онъ создаетъ и развиваетъ бредъ (алкогольная паранойя). Или послѣ такого-же синдрома у больного остаются слуховыя галлюцинаціи, иногда безъ бредовыхъ идей, иногда съ ними; въ такихъ случаяхъ, какъ мы увидимъ впослѣдствіи, сохраняется въ значительной степени критическое отношеніе больныхъ къ галлюцинаціямъ (затяжной алкогольный бредъ); въ этомъ послѣднемъ случаѣ діагностика ставится преимущественно на основаніи въ высшей степени характернаго разсказа самихъ больныхъ о своихъ ложныхъ слуховыхъ ощущеніяхъ. Въ связи съ алкоголизмомъ можетъ развиться характерная для него алкогольная меланхолія, тяжелая форма маніи; нерѣдко алкоголизмъ ведетъ также и къ стойкимъ измѣненіямъ въ головномъ мозгу, что клинически выражается въ формѣ непоправимаго слабоумія.

Истерическіе психозы, т. е. психозы находящіеся въ связи съ истеріей и истерическими припадками, проявляются также въ различной формѣ; то они протекаютъ быстро и заканчиваются выздоровленіемъ; то сочетаются съ другими психозами функціональнаго происхожденія. Въ анамнезѣ такого рода боль-

ныхъ отмѣчаются истерическіе припадки или истерическія со 'тоянія въ той или другой формѣ.

Тоже самое нужно сказать и по отношенію къ эпилептическимъ психозамъ. Эти послѣдніе могутъ наблюдаться при существованіи эпилептическихъ припадковъ, то судорожныхъ, то болѣе легкихъ (въ видѣ *petit mal*). Эпилептическіе психозы могутъ быть скоропроходящими, то предприпадочными, то послѣприпадочными, то эквивалентами припадковъ; иногда рядъ судорожныхъ припадковъ способствуютъ появленію затяжнаго психическаго разстройства эпилептическаго характера. Кромѣ того, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ анамнезѣ больного отмѣчаются давнишніе эпилептическіе припадки, всегда нужно имѣть въ виду, что эпилепсія нерѣдко сопровождается послѣдовательнымъ ослабленіемъ психической дѣятельности и оканчивается, такъ называемымъ, эпилептическимъ слабоуміемъ.

На почвѣ психической дегенераціи, выражающейся въ видѣ неуравновѣшенности и негармоничнаго сочетанія различныхъ душевныхъ элементовъ, также можетъ развиться рядъ разнообразныхъ по внѣшнему проявленію психозовъ, то кратковременныхъ, то затягивающихся на болѣе или менѣе продолжительное время, то вовсе неоканчивающихся выздоровленіемъ. Психическая дегенерація можетъ проявляться въ самой разнообразной формѣ; но нѣкоторыя изъ такого рода психопатическихъ состояній встрѣчаются значительно чаще, чѣмъ другія. Среди дегенерантовъ довольно часто встрѣчаются, такъ называемые резонёры, т. е. лица, логика которыхъ съ формальной стороны не разстроена, у которыхъ нѣтъ бредовыхъ идей, но у которыхъ сужденія и выводы отличаются крайней односторонностью; лица такого рода неспособны усваивать и оцѣнивать правильно другія точки зрѣнія, обо всемъ судятъ и разсуждаютъ, вовсе и не задаваясь вопросомъ, правильно-ли они думаютъ. Далѣе, однимъ изъ часто встрѣчающихся выраженій своеобразной психической дегенераціи являются навязчивыя идеи и стремленія; при этомъ данное лицо сознаетъ хорошо свое положеніе, хорошо понимаетъ, что насильственно навязы-

вающіяся сознанію мысли суть ни что иное, какъ нѣчто постороннее для извѣстнаго состоянію сознанія; но это послѣднее не можетъ отдѣлаться отъ насильственно всплывающихъ представленій; сюда-же относятся навязчивые страхи, разныя влеченія, ненормальность которыхъ часто хорошо понимается и правильно оцѣнивается носителемъ ихъ. Иной разъ, подъ вліяніемъ неблагопріятныхъ обстоятельствъ, навязчивыя мысли настолько овладѣваютъ больными, что способствуютъ созданію уже не просто психопатическаго состоянія, а уже психоза изъ навязчивыхъ идей. При разспросѣ больныхъ, страдающихъ навязчивыми идеями, всегда нужно стремиться узнать, когда онѣ начались, причемъ часто удается установить появленіе этихъ навязчивыхъ мыслей съ ранняго возраста.

Что касается травматическаго психо-невроза, то нужно замѣтить, что онъ также выражается довольно часто въ характерной формѣ и отличается отъ другихъ психозовъ, если онъ существуетъ, конечно, въ чистой формѣ, безъ побочныхъ осложненій, такимъ сочетаніемъ симптомовъ, которое является характернымъ для вызваннаго травмой потрясенія нервной системы, для даннаго этіологическаго момента. Этотъ психо-неврозъ можетъ быть вызванъ, напр., желѣзнодорожнымъ крушеніемъ.

Врачу-психіатру приходится имѣть дѣло также съ лицами, страдающими хроническимъ отравленіемъ морфіемъ, эфиромъ, кокаиномъ, хлораль — гидратомъ, сульфоналомъ и пр. Морфійное и кокаинное хроническое отравленіе встрѣчается сравнительно часто; симптомы того и другого изучены лучше чѣмъ другихъ отравленій; отравленіе кокаиномъ вызываетъ характерные симптомы въ формѣ ложныхъ осязательныхъ ощущеній и слуховыхъ также Отравленіе хлоралемъ можетъ вызвать, напр., картину, похожую на бѣлую горячку; хроническое отравленіе сульфоналомъ изучено еще мало.

Въ сегодняшней бесѣдѣ съ вами мнѣ хотѣлось бы только, такъ сказать, разставить хотя-бы и слабо замѣтныя вѣхи, которыми можно было-бы руководствоваться при составленіи объективнаго анамнеза нашихъ больныхъ. Впослѣдствіи вы сами

скоро увидите, насколько разнообразны внѣшнія проявленія душевныхъ болѣзней, насколько симптомы ихъ зависятъ отъ индивидуальнаго склада ума, отъ степени интеллектуальности больного, отъ его занятій, отъ различныхъ побочныхъ осложненій и т. д.. Вы увидите затѣмъ, какъ часто встрѣчаются такіе психозы, гдѣ элементы одной душевной болѣзни смѣшиваются съ элементами другой болѣзни и другихъ состояній. При составленіи объективнаго психическаго анамнеза, т. е., при разспросѣ лица, сопровождающаго больного, нужно стараться не только предугадать, съ какою болѣзнью мы будемъ имѣть дѣло и вести разспросъ уже касательно предполагаемой болѣзни, но слѣдуетъ всегда имѣть въ виду возможность осложненія болѣзни и существованія смѣшанныхъ формъ душевнаго разстройства; далѣе, выслушивая внимательно разсказъ другого лица, нужно постараться уловить индивидуальныя особенности каждаго случая и не убѣждать себя въ томъ, что это случай заурядный, неимѣющій интереса. Знакомство съ мелочными фактами, иногда кажущимися неинтересными и нестоящими особеннаго вниманія, можетъ оказать вамъ большую услугу при постановкѣ правильной діагностики и въ пониманіи, сколько нибудь близкомъ къ истинѣ, данной болѣзни.

Дальнѣйшія наши занятія будутъ заключаться въ томъ, что я буду стараться познакомить васъ съ деталями при изслѣдованіи душевно-больныхъ, страдающихъ опредѣленною болѣзнью. Мы подробно будемъ останавливаться на томъ, какъ составлять объективный анамнезъ и какъ разспрашивать больныхъ, страдающихъ меланхоліей, маніей, аменціей, хроническимъ или острымъ систематизированнымъ бредомъ, прогрессивнымъ параличемъ и, вообще, всѣми душевными болѣзнями, встрѣчающимися сколько-нибудь часто. Въ слѣдующій разъ, сказавъ нѣсколько словъ, по поводу составленія общаго анамнеза, перейдемъ къ изслѣдованію больныхъ, страдающихъ меланхоліей въ той или другой формѣ.

Лекція вторая.

Въ прошлый разъ мы указали въ самыхъ общихъ чертахъ, чѣмъ нужно руководствоваться при составленіи психическаго объективнаго анамнеза. Теперь переходимъ къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ частей общаго анамнеза. Для того, чтобы получить сколько нибудь точныя свѣдѣнія о наслѣдственности и о болѣзняхъ родственниковъ вообще, нужно при собираніи свѣдѣній спрашивать о каждомъ родственникѣ отдѣльно. Если же вы спросите, не было-ли въ роду у кого нибудь нервныхъ или душевныхъ болѣзней, то вамъ могутъ иногда отвѣтить, что нѣтъ; а при разспросѣ же объ отдѣльныхъ членахъ семьи окажется затѣмъ, что это не совсѣмъ такъ. Поэтому, цѣлесообразнѣе спрашивать такимъ образомъ: какъ здоровье отца; если онъ умеръ, то отъ какой болѣзни, не страдалъ-ли онъ душевнымъ растройствомъ, не злоупотреблялъ-ли спиртными напитками, каковъ былъ его характеръ, не было-ли въ его характерѣ странностей, не было-ли у него удара, чахотки или рака и т. д. Подобные вопросы слѣдуетъ задавать и относительно матери, дѣда и бабки съ отцовской и материнской стороны, относительно братьевъ и сестеръ отца и матери, двоюродныхъ родственниковъ и т. д. Интересно также отмѣтить, какого возраста были отецъ и мать, когда родился больной. Не пилъ-ли отецъ около времени зачатія больного? Какъ и при составленіи анамнеза и настоящаго состоянія физическихъ больныхъ, и у нашихъ больныхъ требуется описать, вкратцѣ хотя-бы, условія и образъ жизни больного и сколько нибудь выдающіеся факты изъ его личной жизни

Что касается употребленія вина, то нужно узнать, когда больной началъ пить вино, какъ и по скольку пилъ приблизительно, постоянно-ли или съ перерывами; не мѣшаетъ отмѣтить также, какъ больной курилъ, много-ли; какъ на него дѣйствовало вино. Необходимо спросить, не было-ли у больного ушибовъ, особенно головы, нравственныхъ потрясеній, огорченій, непріятностей; нерѣдко приходится слышать, что болѣзнь, особенно у женщинъ, началась послѣ опредѣленнаго огорченія. Далѣе, нужно постараться получить свѣдѣнія на счетъ сифилиса, который, какъ вы знаете, имѣетъ огромное значеніе въ этіологіи такой тяжелой и неизлѣчимой болѣзни, какъ прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. Иногда несмотря на существованіе сифилиса, какъ это узнаемъ впослѣдствіи иной разъ случайно, вамъ говорятъ, что сифилиса не было. Получивши отрицательный отвѣтъ, вы не должны этимъ удовольствоваться, такъ какъ отрицательный отвѣтъ получается во многихъ случаяхъ; нужно спросить, если дѣло касается больного, не было-ли выкидышей или недоношенныхъ дѣтей у его жены или не умирали-ли дѣти рано, такъ какъ нерѣдко, какъ вамъ извѣстно, сифилисъ предрасполагаетъ и вызываетъ выкидыши. Иногда, получивши отрицательный отвѣтъ относительно существованія сифилиса, вы можете затѣмъ узнать, что больной лѣчился продолжительное время іодистыми препаратами или что ему дѣлались втиранія изъ мази, напоминающей, по разсказу, сѣрую ртутную мазь. Кстати упомянемъ здѣсь, что существованіе сифилиса скрывается не только физически больными, но и психически больными: нерѣдко приходится встрѣчаться съ тѣмъ фактомъ, что больной, страдающій паралитическимъ слабоуміемъ, иногда упорно отрицаетъ существованіе у себя сифилиса, хотя по манерѣ отвѣчать вы видите, что больной сообщаетъ вамъ невѣрныя свѣдѣнія. Иной разъ, напр., если вы имѣете предъ собой случай прогрессивнаго паралича, то можно спрашивать у больного не о томъ, былъ ли у него сифилисъ, а о томъ, когда у него была дурная болѣзнь или сифилисъ Иной разъ не удается получить точныхъ данныхъ

на счетъ сифилиса, но сообщается о томъ, что у больного была мягкая язва или уретритъ; опытъ показываетъ что есть основанiе предполагать, что можетъ быть иной разъ сифилитическое зароженiе маскируется уретритомъ или язвой, которую считали за ulcus molle.

Въ анамнезѣ душевнобольныхъ нужно отмѣчать также и всѣ физическiя и инфекцiонныя заболѣванiя, начиная съ дѣтскаго возраста. Весьма вѣроятно, что существованiе ряда инфекцiонныхъ болѣзней въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ способствовать появленiю психической дегенерацiи или обнаруживанiю ея скрытыхъ состоянiй.

Далѣе, въ анамнезѣ нашихъ больныхъ нужно отмѣтить и состоянiе въ прошломъ общаго питанiя и всѣхъ внутреннихъ и наружныхъ органовъ, а также и нервной системы. О томъ, какiя изъ физическихъ растройствъ и при какихъ душевныхъ болѣзняхъ встрѣчаются чаще, объ этомъ намъ придется говорить при разборѣ больныхъ, страдающихъ опредѣленными болѣзненными формами.

Теперь-же переходимъ къ разсмотрѣнiю того, какъ составлять объективный анамнезъ при различныхъ формахъ меланхолiи. Вы знаете, что меланхолiя выражается въ томъ, что у больного измѣняется настроенiе, которое становится непрiятнымъ, дурнымъ, тягостнымъ, тоскливымъ; причемъ это длится не короткое время, какъ это свойственно психически здоровому человѣку, гдѣ оно является лишь нормальной реакцiей на непрiятныя впечатлѣнiя и ощущенiя. Говоря о меланхолiи, мы представляемъ себѣ больного съ болѣе или менѣе яснымъ сознанiемъ, т. е., больного, узнающаго окружающихъ. Если по разсказамъ, лица, сопровождающаго больного, вы видите, что у больного наблюдается меланхолическое состоянiе, то прежде всего надо узнать, когда измѣнилось настроенiе больного или больной; это необходимо для того, чтобы вы могли ясно представить себѣ, сколько времени тянется дурное настроенiе; нужно, по возможности, точнѣе установить, какъ оно развилось, постепенно ли, въ теченiи, напр., нѣсколькихъ недѣль, или же,

наоборотъ быстро, въ нѣсколько дней. Далѣе, нужно имѣть въ виду, что болѣе или менѣе рѣзкому развитію меланхолическаго состоянія часто предшествуютъ продромальныя явленія, нерѣзко выраженныя и вовсе недостаточныя для того, чтобы больного, у котораго наблюдаются они одни, можно было признать душевно-больнымъ. Съ другой стороны, не нужно поддаваться взглядамъ публики или даже взглядамъ врачей-спеціалистовъ, не психіатровъ, которыми лица съ яснымъ сознаніемъ, но съ длительнымъ тоскливымъ аффектомъ, считаются не душевно-больными, а нервно-больными. Съ такими взглядами вамъ придется считаться даже не только у лицъ изъ публики, но и врачей не-спеціалистовъ. Доказательство этому вы увидите, если обратите вниманіе на то, съ какими формами болѣзней обращаются, напр., въ клинику и въ амбулаторію нервныхъ болѣзней, иногда даже по совѣту врачей.

Итакъ, узнавши, съ какого времени началось у больного меланхолическое состояніе, нужно выяснить себѣ, въ чемъ оно проявляется съ внѣшней стороны и какъ оно протекаетъ, съ колебаніями или безъ колебаній. При этомъ слѣдуетъ узнать, продолжаетъ ли больной заниматься своимъ дѣломъ или бросилъ его совсѣмъ или дѣлаетъ только кое-что. Про однихъ больныхъ, у которыхъ существуетъ меланхолическое состояніе, вамъ скажутъ, что они сдѣлались малоподвижными, замкнутыми въ себѣ, малоразговорчивыми, тихими и спокойными, но всегда грустными, жалующимися сравнительно мало на свои тягостныя душевныя состоянія; про другихъ больныхъ меланхоликовъ окружающіе сообщаютъ, что больной сдѣлался грустнымъ и тоскливымъ, но подвижно тревожнымъ, суетливымъ, постоянно жалующимся на непріятное состояніе и тоску, однообразно повторяющимъ свои безконечныя жалобы и говорящимъ постоянно о своемъ отчаяніи, для объясненія котораго больной придумываютъ свои причины, часто бредоваго содержанія. Больные-меланхолики весьма часто не только жалуются на тоску, на дурное настроеніе, но и высказываютъ неправильныя и бредовыя мысли соотвѣтствующія ихъ дурному настрое-

нію. Такъ какъ ихъ мысли окрашиваются мрачнымъ оттѣнкомъ, то они начинаютъ высказывать роднымъ и окружающимъ, что ихъ дѣла плохи, что они разоряются или разорились, обѣднѣли, что имъ и ихъ семьѣ нечего ѣсть и предстоитъ голодная смерть и позоръ; и это часто высказывается въ такихъ случаяхъ, гдѣ матеріальное положеніе больного почти не измѣнилось или совсѣмъ не измѣнилось. Больной можетъ говорить окружающимъ, что онъ виноватъ во всемъ, въ своемъ разореніи, въ разореніи семьи, въ ея будущемъ позорѣ; начинаетъ обвинять себя въ разныхъ преступленіяхъ, считать себя хуже другихъ, грѣшникомъ, отверженнымъ Богомъ и людьми; такой больной не вѣритъ разубѣжденіемъ окружающихъ и врачей, продолжая держаться своихъ мыслей. Иногда больные такъ искусно мотивируютъ причину своей тоски и дурного настроенія, что многіе изъ окружающихъ поддаются ихъ взглядамъ; дѣйствительно для неопытнаго въ психіатріи врача можетъ показаться, что мотивированіе больного вполнѣ соотвѣтствуетъ дѣйствительности и что на самомъ дѣлѣ есть причина для существованія дурного настроенія; но чтобы убѣдиться въ томъ, что имѣемъ дѣло съ болѣзнью, а не съ нормальной душевной реакціей, нужно обратить вниманіе, во-первыхъ, на несоотвѣтствіе тоскливаго состоянія и вызывающихъ причинъ и, вовторыхъ, на длительность, беспрерывность тоскливаго состоянія, на неспособность воспринимать пріятныя и радостныя впечатлѣнія или на толкованія ихъ для себя непремѣнно въ дурную сторону и т. д. Вы увидите вскорѣ сами, что меланхоликъ придаетъ особенно важное значеніе, въ непріятномъ для себя смыслѣ, такимъ обстоятельствамъ, которыя не имѣютъ никакого значенія или лишь ничтожное значеніе; меланхоликъ безпокоится часто о томъ, о чемъ въ здоровомъ состояніи и не сталъ бы вовсе думать а тѣмъ болѣе тревожиться.

Считая себя отверженнымъ человѣкомъ, хуже другихъ людей, считая себя покинутымъ Богомъ, больной иной разъ начинаетъ говорить о томъ, что такъ какъ отъ него отказался Богъ, то онъ подпалъ подъ власть нечистой силы, которая и овладѣла

имъ; иногда больной говоритъ окружающимъ только о вліяніи на него нечистой силы, а иногда начинаетъ думать, что онъ вовсе не человѣкъ, а что онъ превратился или уподобился какому—нибудь животному, или превратился въ почти безплотный духъ, неспособный имѣть человѣческихъ чувствъ: радости, любви къ роднымъ и ближнимъ, привязанности къ дѣтямъ, чувства долга и т. д.

Иногда окружающіе сообщаютъ вамъ, что больной думаетъ, что онъ вовсе не боленъ, что, наоборотъ, онъ по его мнѣнію здоровъ, что ему нечего лѣчиться, и увѣряетъ, что дѣйствительно есть изъ-за чего приходить ему въ отчаяніе.

При разспросѣ о томъ, какъ течетъ болѣзнь, нужно всегда спросить у окружающихъ, не бываетъ-ли у больного усиленія тоски въ видѣ приступовъ, когда больной меньше владѣетъ собой, когда поле сознанія у него суживается еще больше, когда онъ доходитъ до бо́льшаго отчаянія. Нужно знать, когда бываютъ, т. е. въ какое время дня, такіе приступы отчаянной тоски, какъ часто они повторяются и въ чемъ выражаются. Свѣдѣнія эти имѣютъ значеніе, даже весьма большое, какъ мы увидимъ позднѣе, при уходѣ за больными такого рода, весьма наклонными къ самоубійству. При составленіи объективнаго анамнеза психическаго состоянія необходимо узнать, не было-ли у больного попытокъ на самоубійство, и часто-ли, вообще, онъ говоритъ о томъ, что ему и жить вовсе не нужно, а лучше покончить съ собой. Иногда окружающіе могутъ сообщить вамъ, что больной дѣлалъ уже дома попытки покончить съ собою, напр., приготовлялъ для себя петлю, наносилъ себѣ поврежденія острыми предметами, душилъ себя за горло, принималъ какой нибудь ядъ, бросался въ воду, подъ поѣздъ, выскакивалъ съ поѣзда и т. д.

Случаи самоубійства у меланхоликовъ бываютъ внѣ больницы довольно часто; каждому изъ васъ приходилось слышать, что такой-то покончилъ съ собою, причемъ нерѣдко объясняется это, напр., тѣмъ, что онъ обѣднѣлъ, разорился; но въ большинствѣ случаевъ, вѣроятно, дѣло касается здѣсь меланхоликовъ,

сознанiе которыхъ запугано болѣзненными представленiями о кажущемся только разоренiи.

При разспросѣ лица, сопровождающаго больного, нужно справиться также и о томъ, когда больной чувствуетъ себя хуже, днемъ ли, утромъ или вечеромъ. При этомъ оказывается, что многiе меланхолики чувствуютъ себя подъ утро или утромъ гораздо хуже, выглядятъ замѣтно тоскливѣе, больше волнуются, больше отчаяваются, а къ вечеру иногда имъ становится, наоборотъ получше. Такого рода обостренiе болѣзненной тоски по утрамъ и ослабленiе ея къ вечеру наблюдаются у многихъ больныхъ съ меланхолическимъ состоянiемъ и иногда выражено настолько рѣзко, что бросается въ глаза ухаживающимъ за больнымъ лицамъ.

Но такъ какъ рядомъ съ разстройствомъ въ психической сферѣ у больныхъ меланхолiей наблюдается и рядъ аномалiй со стороны нервной системы и физическихъ органовъ, то при составленiи анамнеза меланхоликовъ нужно обратить вниманiе и на указанные органы. Такъ, напр., слѣдуетъ подробнѣе узнать, какъ больной спитъ, когда засыпаетъ, когда просыпается, часто-ли просыпается, глубокiй-ли у него сонъ или поверхностный; при этомъ, въ началѣ болѣзни и въ теченiи остраго перiода меланхолическаго состоянiя сонъ бываетъ очень плохимъ, некрѣпкимъ, часто прерывающимся непрiятными сновидѣнiями. Далѣе, больные, страдающiе меланхолiей, весьма наклонны къ похуданiю; вамъ сообщатъ, что больной сильно похудѣлъ, осунулся, постарѣлъ: нерѣдко замѣтное похуданiе совпадаетъ съ началомъ заболѣванiя и даже можетъ служить указанiемъ на то, когда началась болѣзнь. Про меланхоликовъ окружающiе вамъ будутъ разсказывать, что они плохо ѣдятъ, неохотно садятся за столъ, жалуются на отсутствiе аппетита или-же иногда воздерживаются отъ пищи, высказывая желанiе уморить себя голодомъ. Что касается кишечника, то у многихъ меланхоликовъ дѣятельность его является вялой и недостаточной, что проявляется въ видѣ запоровъ, иногда очень упорныхъ, на которые обращаютъ вниманiе и окружающiе.

И такъ, разспросивши насколько возможно подробнѣе лицо, сопровождающее больного, у котораго по разсказамъ существуетъ меланхолическое состояніе, намъ остается узнать еще, не было-ли у больного или у больной еще прежде когда—нибудь такого-же тоскливаго продолжительнаго состоянія. Мы уже упоминали о томъ, что меланхолія можетъ быть и единичнымъ у даннаго лица заболѣваніемъ; но весьма часто меланхолія наклонна къ повторенію, при чемъ въ этихъ случаяхъ нужно говорить, конечно, о рецидивирующей меланхоліи, приступы которой иногда повторяются сравнительно часто, иногда же бываютъ очень рѣдко, повторяясь черезъ 10—20—30—40 лѣтъ.

Если, судя по разсказамъ окружающихъ, мы будемъ имѣть дѣло съ рецидивирующей меланхоліей, то въ объективномъ анамнезѣ психическаго состоянія нужно отмѣтить, когда былъ первый приступъ болѣзни, сколько лѣтъ тому назадъ, сколько длился онъ, въ чемъ выражался съ внѣшней стороны, походили-ли прежніе приступы на настоящій приступъ меланхолическаго состоянія. Если были еще приступы болѣзни, т. е. если ихъ было больше одного, то желательно въ анамнезѣ указать, когда были они, въ какомъ году или въ какомъ возрастѣ, связываются ли они съ какимъ-нибудь причиннымъ моментомъ или же, наоборотъ, появляются безъ причины.

Далѣе, нужно имѣть въ виду, что у нѣкоторыхъ больныхъ за періодами болѣе или менѣе длительнаго тоскливаго состоянія слѣдуетъ или бываютъ предъ ними періоды приподнятаго настроенія, веселаго аффекта съ ускореннымъ и облегченнымъ теченіемъ мыслей; въ такихъ случаяхъ, которые относятся къ разряду циркулярнаго или кругового помѣшательства, меланхолическое состояніе является, конечно, не рецидивирующей меланхоліей, а лишь одной изъ фазъ циркулярнаго психоза.

Кромѣ того, нужно имѣть всегда въ виду и то обстоятельство, что меланхолическое состояніе можетъ сопровождать какой-нибудь другой психозъ; вы увидите впослѣдствіи, что дурное настроеніе наблюдается и при хроническомъ бредѣ преслѣдованія, когда больному кажется, что его преслѣдуютъ,

разговариваютъ на его счетъ, строятъ противъ него козни. Поэтому, при составленіи объективнаго анамнеза нужно обращать вниманіе на то, что говоритъ больной, у котораго наблюдается дурное настроеніе; дѣло въ томъ, что больной съ бредомъ преслѣдованія себя считаетъ обиженнымъ, а другихъ виноватыми, а про меланхолика вамъ скажутъ, что онъ самъ считаетъ себя виноватымъ во всемъ и вреднымъ для другихъ; разница во внѣшнемъ проявленіи бредовыхъ идей въ томъ и другомъ случаѣ бываетъ настолько велика, что уже со словъ окружающихъ можно выяснить себѣ, будемъ-ли мы имѣть дѣло съ меланхоликомъ или съ больнымъ, у котораго дурное настроеніе сопровождаетъ бредъ преслѣдованія.

Дурное настроеніе нерѣдко также наблюдается при навязчивыхъ идеяхъ: послѣднія обыкновенно безпокоятъ больныхъ и часто вызываютъ непріятное настроеніе и тревогу, и больные съ навязчивыми идеями могутъ иногда имѣть видъ меланхоликовъ, не представляя собственно меланхоліи. Поэтому, если окажется при составленіи объективнаго анамнеза психическаго состоянія дурное настроеніе съ навязчивыми мыслями, то нужно выяснить, когда началось дурное настроеніе и въ какомъ соотношеніи между собою находятся дурное настроеніе і навязчивыя идеи.

При разспросѣ о больныхъ, страдающихъ прогрессивнымъ параличемъ, безъ осложненій другими психическими состояніями, родные или окружающія сообщаютъ нерѣдко, что больной сдѣлался задумчивымъ, неразговорчивымъ; но при этомъ оказывается, что больной только казался задумчивымъ, что эта кажущаяся задумчивость была лишь проявленіемъ наступающей психической слабости, душевной пустоты, причемъ у больного въ сущности и не было вовсе тоскливаго аффекта, какъ это кажется роднымъ, а онъ просто былъ скорѣе равнодушнымъ къ окружающему. Наконецъ, меланхолическій элементъ можетъ осложнять собою и другія психическія состоянія, причемъ во всѣхъ подобныхъ случаяхъ нужно употреблять терминъ не меланхолія, а лишь меланхолическое состояніе *status melacholicus*.

Говоря, что у больного меланхолія, вы опредѣляете болѣзнь; а говоря, что у больного меланхолическое состояніе, вы не опредѣляете сущности болѣзни, а только отмѣчаете внѣшнее проявленіе какой-то душевной болѣзни.

При составленіи объективнаго анамнеза больныхъ меланхоліей всегда нужно стараться опредѣлить ту почву, на которой развилась болѣзнь; а она можетъ развиваться на различной почвѣ, напр., на почвѣ хроническаго алкоголизма, истеріи, на почвѣ психической дегенераціи, на почвѣ навязчивыхъ идей, резонерства, неуравновѣшенности. Въ связи съ истеріей, служащей почвой для различныхъ острыхъ психизовъ, можетъ развиться и меланхолія, причемъ она отличается отъ обыкновенныхъ формъ меланхоліи нѣкоторыми особенностями; напр., если при истеріи развивается меланхолія съ двигательнымъ возбужденіемъ, то рядомъ съ дурнымъ настроеніемъ можетъ существовать и наклонность къ нѣкоторой дурачливости, проказамъ, капризамъ; иногда такіе больные изобрѣтаютъ самые странные способы нанести себѣ поврежденіе, могутъ стремиться, какъ бы на зло окружающимъ, глотать разныя опасные предметы, напр., битыя стекла или что-нибудь въ этомъ родѣ, могутъ начать упорно отказываться отъ пищи, съ цѣлью уморить себя голодомъ; иногда попытки причинить себѣ вредъ или покончить съ собой имѣютъ видъ шалостей, желанія запугать окружающихъ или ухаживающихъ за ними лицъ; замѣтимъ здѣсь, что въ такихъ случаяхъ никогда не слѣдуетъ довѣрять больнымъ и смотрѣть на ихъ шутки и проказы, какъ на вещи, не заслуживающія серьезнаго вниманія и строгаго наблюденія, такъ какъ при ослабленіи наблюденія больные такого рода могутъ легко покончить съ собой. Больные шутятъ, много говорятъ, почти или совсѣмъ временами не жалуются на тоску, съ внѣшней стороны имѣютъ видъ вовсе не меланхоликовъ, но это не мѣшаетъ быть имъ настоящими меланхоликами; больные какъ будто хотятъ заглушить свою тоску своимъ нѣсколько распущеннымъ и дурачливымъ поведеніемъ. Если у истеричнаго субъекта развивается меланхолія безъ двигательнаго возбужденія, то она

протекаетъ при подавленномъ состояніи и при большой скрытности.

При развитіи меланхоліи съ двигательнымъ возбужденіемъ на почвѣ психической дегенераціи, неуравновѣшенности или резонерства, также получается своеобразная картина. Больной, напр., несомнѣнный меланхоликъ, съ мрачными мыслями, съ наклонностью къ самоубійству, отчаявающійся, ни на что хорошее не надѣющійся, можетъ иногда въ обществѣ другихъ, вести себя оживленно, проказничать, шутить, разсказывать анекдоты или передавать самыя скабрезныя и неприличныя вещи для развлеченія другихъ; вы можете даже подумать иной разъ, ни маніакальный-ли это больной. Такъ велико несоотвѣтствіе между душевнымъ настроеніемъ и внѣшнимъ поведеніемъ. Больной можетъ иногда насвистывать веселый мотивъ, напѣвать что-нибудь веселое, можетъ быть готовымъ хотя бы сейчасъ танцовать, но онъ остается въ сущности меланхоликомъ; изъ разговора съ такимъ больнымъ вы легко убѣждаетесь, что это такъ. Иные минуты больному удается насильно и на короткое время отогнать тоску и забыться въ поступкахъ, съ виду кажущихся легкомысленными, отъ своего чрезвычайно тягостнаго состоянія и мрачныхъ мыслей.

При хроническомъ алкоголизмѣ можетъ развиться нѣсколько особенная форма меланхоліи, съ весьма мрачнымъ настроеніемъ, большимъ отчаяніемъ, при чемъ къ аффективному состоянію присоединяются слуховыя, соотвѣтствующаго характера, галлюцинаціи, еще болѣе запугивающія и удручающія больного.

Встрѣчаясь съ больными, страдающими меланхоліей, вы увидите, какое разнообразіе наблюдается съ внѣшней стороны у различныхъ больныхъ.

Иногда подъ вліяніемъ сильнаго аффективнаго состоянія поле сознанія не только суживается, но и само сознаніе затемняется, и больной теряетъ на время способность оріентироваться въ окружающемъ.

При дальнѣйшемъ же разборѣ и изслѣдованіи больныхъ

мы будемъ обращать пока наше вниманіе на меланхоликовъ, которыхъ мы будемъ видѣть при сохраненіи яснаго сознанія.

Переходимъ къ разсмотрѣнію того, какимъ образомъ вести себя съ меланхоликомъ, какъ изучать и изслѣдовать психическое состояніе меланхолика. Къ больному такого рода нужно относиться особенно деликатно, осторожно и обдуманно предлагать вопросы; всегда слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на то, чтобы не огорчить больного лишній разъ и безъ нужды; надо всегда помнить, что меланхолики чрезвычайно чувствительны къ непріятнымъ впечатлѣніямъ. Нужно относиться къ больному участливо и сердечно, не подчеркивать, что онъ психически боленъ и не можетъ мыслить, какъ нормальный человѣкъ; нужно по возможности стараться никогда не забывать, что меланхолику весьма тягостно видѣть и слышать игнорированіе его человѣческаго достоинства.

Надо не торопясь, спросить больного, какъ онъ себя чувствуютъ, на что̀ можетъ пожаловаться. Когда больной отвѣчаетъ на ваши вопросы, его слѣдуетъ внимательно выслушать. При чемъ приходится имѣть въ виду, что больные съ перваго раза начнутъ съ вами разговаривать неохотно, съ недовѣріемъ; когда же больной замѣтитъ, что вы относитесь къ нему участливо, понимаете его тягостное положеніе, т. е. когда онъ познакомится съ вами побольше, онъ станетъ откровеннѣе, легче начнетъ высказываться и разсказывать вамъ. Такъ какъ многіе меланхолики отвѣчаютъ на вопросы несразу, небыстро, и такъ какъ многіе изъ нихъ неохотно разговариваютъ съ вами, пока не попривыкнутъ къ вамъ, то въ такихъ случаяхъ всегда нужно обращать вниманіе на то, чтобы не перебивать лишній разъ больного своими собственными вопросами; если больной не отвѣтилъ на вашъ вопросъ, то можно повторить его еще, иногда въ измѣненной формѣ, и слѣдуетъ подождать, что̀ и какъ отвѣтитъ больной; нужно стараться не забрасывать больного вопросами и больше слушать, чѣмъ самому говорить.

При разспросѣ о тоскливомъ состояніи невсегда удобно спрашивать больного прямо, нѣтъ ли у него тоски, а лучше

спросить объ этомъ въ утвердительномъ смыслѣ, напр.: «Вы чувствуете себя не хорошо, дурно, тоскливо, непріятно?» Большею частью больной отвѣтитъ утвердительно на вашъ вопросъ; но иногда, несмотря на тоскливое состояніе, можетъ сказать, что у него тоски нѣтъ, причемъ нерѣдко больной опредѣляетъ свое тоскливое состояніе не словомъ тоска, а словомъ «скучно», «нехорошо». Уже съ первыхъ словъ больного вы можете видѣть по лицу его, каково его настроеніе; иногда-же больной, говоря о своемъ тяжеломъ настроеніи, можетъ отъ времени до времени улыбаться, но особенной улыбкой; причемъ послѣдняя вовсе не говоритъ за то, что непріятный аффектъ у больного не очень силенъ; а иногда, при видѣ улыбающагося меланхолика, нужно стараться тщательнѣе наблюдать за нимъ и больше къ нему присматриваться, такъ какъ улыбка меланхолика можетъ маскировать глубокую тоску.

Такъ какъ показанія окружающихъ часто не совпадаютъ съ разсказами самихъ больныхъ, то при разспросѣ меланхолика слѣдуетъ постараться, на основаніи его словъ и сообщеній о своихъ ощущеніяхъ, опредѣлить, долго-ли тянется болѣзнь, подробно спросить, когда она началась, съ какихъ явленій, съ тоски-ли,—или съ безсонницы, или съ похуданія; при этомъ удается иногда узнать, что начало болѣзни по разсказамъ родныхъ не совпадаетъ съ началомъ болѣзни по разсказу самого больного, такъ что при опредѣленіи начала болѣзни нужно сопоставить то, что говорятъ окружающіе, съ тѣмъ, что сообщаетъ самъ больной; на основаніи разсказовъ послѣдняго удается иногда исправить неточности въ объективномъ анамнезѣ психическаго разстройства.

Спрашиваемъ у больного, постоянно ли у него дурное настроеніе, или же съ перерывами; задаемъ вопросъ насчетъ того, всегда-ли больной чувствуетъ себя одинаково, не чувствуетъ-ли онъ себя получше къ вечеру, не похуже-ли по утрамъ ему; иной разъ больные сами опредѣляютъ ясно и точно, когда имъ чувствуется похуже; иногда-же удрученные

своимъ состоянiемъ, больные словно не сознаютъ, что имъ напр къ вечеру бываетъ получше и нѣсколько спокойнѣе.

Затѣмъ, осторожно и постепенно разспрашиваемъ больного дальше; тутъ слѣдуетъ больному, если онъ сколько нибудь отвѣчаетъ на ваши вопросы, задать вопросъ, не считаетъ-ли онъ, можетъ быть, себя грѣшникомъ, никуда и ни на что негоднымъ человѣкомъ, хуже другихъ, виновнымъ въ чемъ—нибудь, въ какихъ-нибудь особенныхъ грѣхахъ; не думается-ли ему, что онъ своими словами, поступками, дѣлами приноситъ окружающимъ одинъ только вредъ; нужно спросить осторожно, что больше всего его безпокоитъ, какiя мысли больше всего тревожатъ или попросить больного разсказать, напр., что именно его безпокоитъ и волнуетъ.

Далѣе, спрашиваемъ, по возможности деликатно, не отчаивается ли временами больной, не кажется-ли ему будущее непоправимымъ и безнадежнымъ, не думаетъ ли онъ иногда, что онъ не поправится, что дѣла его непоправимо плохи и испорчены, не является-ли у него желанiе иногда лучше не жить. Если вы узнали отъ окружающихъ, что у больного были попытки на самоубiйство, то если нѣтъ особенной надобности, лучше съ перваго раза и не спрашивать больного объ этомъ, такъ какъ для меланхоликовъ такiе разговоры могутъ быть большею частью весьма тягостны. Другое дѣло, если больной самъ объ этомъ начинаетъ разговоръ или если онъ сообщаетъ вамъ то, чего не знаютъ окружающiе больного; тогда желательно иногда узнать подробнѣе, насколько опасенъ больной въ смыслѣ самоубiйства.

Нѣкоторые больные, страдающiе меланхолiей, думаютъ, что они преступники, что имъ предстоитъ арестъ, позоръ, даже казнь, причемъ за тяжкое преступленiе они считаютъ нерѣдко, такiе изъ своихъ поступковъ, которые почти не имѣютъ въ себѣ ничего особенно дурного. Мысли больного меланхолика большею частью мрачныя; нерѣдко вся его жизнь проходитъ въ его воображенiи, причемъ воспоминанiе останавливается только на непрiятныхъ событiяхъ и непрiятныхъ впечатлѣнiяхъ.

Меланхоликъ будетъ иногда разсказывать, что, разсматривая свою жизнь, онъ видитъ, въ ней себя только съ дурной стороны, не видитъ, чтобы онъ былъ на что-нибудь полезенъ, видитъ, что онъ все время приносилъ роднымъ и окружающимъ только одинъ вредъ и не дѣлалъ ничего хорошаго. Больной, ложась, напр., въ постель, испытываетъ такое состояніе. когда въ головѣ тѣснятся все мрачныя, мрачныя мысли, вспоминается все тревожное и непріятное: иногда только, когда отвлечется ненадолго и забудется, оставляютъ его мрачныя мысли.

Когда вы говорите больному, что нѣтъ основанія ему волноваться и тревожиться, что это у него болѣзнь, что у него болѣзненная тоска, онъ можетъ иногда сказать вамъ, что онъ здоровъ, что онъ волнуется не понапрасну, что для этого у него существуютъ большія основанія. Иногда больной можетъ такъ хорошо въ вашихъ глазахъ мотивировать причину своей тоски, жалуясь какъ будто вполнѣ основательно на разстройства, напр., въ своихъ дѣлахъ, что вы, пожалуй, можете подумать, не имѣетъ-ли больной дѣйствительно реальнаго основанія такъ сильно волноваться и тосковать; поэтому, всегда слѣдуетъ сопоставить то, что говоритъ больной, съ тѣмъ. что говорится окружающими. Больной не вѣритъ разубѣжденіямъ другихъ или вѣритъ имъ лишь на короткое время, продолжая затѣмъ высказывать свое прежнее мнѣніе; и сколько бы разъ ни говорили больному, что онъ ошибается, что его дѣла и его положеніе не такъ уже плохи, какъ ему кажется, онъ можетъ всякій разъ вамъ говорить обратное. Разубѣдить больного въ такихъ случаяхъ, конечно, не удается, какъ-бы краснорѣчиво вы это ни дѣлали. Больного ни въ какомъ случаѣ не нужно поддерживать въ его бредѣ, соглашаться съ его неправильно-мрачными мыслями; съ другой стороны не слѣдуетъ пространно доказывать больному, что онъ ошибается, не нужно стараться приводить ему въ доказательство его ошибочнаго взгляда пространныхъ объясненій; слѣдуетъ, по моему мнѣнію, ему коротко но деликатно. мягко и ласково сказать, что онъ оши-

бается, что мрачныя мысли и отчаяніе приходятъ къ нему по болѣзни, что онъ поправится перестанетъ такъ думать что нѣтъ причины отчаяваться.

Иногда больному и хочется и крайне непріятно сказать вамъ откровенно о своихъ самыхъ интимныхъ мысляхъ; къ такимъ, между прочимъ, относятся у меланхолика мысли о томъ, что ему думается, что имъ овладѣлъ нечистый, что онъ подпалъ подъ вліяніе нечистой силы, такъ какъ Богъ за его грѣхи отказался отъ него. Иной разъ съ первыхъ вопросовъ объ этомъ больной даетъ на это отрицательный отвѣтъ; иногда-же при разспросѣ осторожномъ и деликатномъ удается узнать отъ больного объ его демономаническихъ мысляхъ; нѣкоторые больные стѣсняются и стыдятся говорить объ этомъ, считая то обстоятельство, что имъ думается, что они одержимы нечистой силой, позоромъ и срамомъ для себя; хотя больные и не рѣшаются говорить объ этомъ иногда, но, если вы сами задаете осторожно вопросы на эту тему, даже радуются словно, что имъ удалось высказаться, чувствуя отъ этого высказыванія своихъ сокровенныхъ бредовыхъ мыслей даже нѣкоторое облегченіе.

Если даже при составленіи объективнаго анамнеза психическаго разстройства у меланхоликовъ вы не получили отъ лица, сопровождающаго больного, указаній на то, что болѣзнь является не въ первый разъ уже, то всегда слѣдуетъ спросить у самого больного, не было-ли у него когда-нибудь подобной болѣзни, такъ какъ опытъ показываетъ, что меланхолія весьма наклонна къ повторенію. Тутъ, какъ и при составленіи объективнаго анамнеза, нужно спросить у больного, если окажется, что болѣзнь не въ первый разъ, когда она была въ первый разъ, какъ протекала, походила-ли на данное заболѣваніе. При этомъ разспросѣ нужно всегда имѣть въ виду, что больной отмѣчая, что у него болѣзнь не въ первый разъ, можетъ увѣрять васъ, что бывшая болѣзнь была легче, короче, не такъ тяжела, скорѣе прошла; меланхолику обыкновенно кажется прошедшая уже болѣзнь менѣе серьезной, менѣе тяжелой. Иной разъ первая

болѣзнь протекаетъ въ болѣе тяжелой формѣ, съ болѣе мрачнымъ настроеніемъ, съ болѣе глубокимъ аффектомъ, а больному думается, что настоящая болѣзнь тяжелѣе, что теперь тоска больше. Даже и относительно текущей болѣзни больному можетъ думаться, что ему становится все хуже и хуже, что здоровье его не улучшается, а между тѣмъ меланхоликъ можетъ утверждать это и тогда, когда ему становится лучше.

Спрашивая меланхолика о томъ, какъ онъ спитъ, мы можемъ получить различные отвѣты; но большею частью, особенно въ остромъ періодѣ болѣзни, больные говорятъ, что они плохо спятъ или совсѣмъ почти не спятъ; иногда это соотвѣтствуетъ дѣйствительности, а иногда нѣтъ. Нерѣдко бываетъ такъ, что больной говоритъ, что онъ не спитъ, а окружающіе утверждаютъ, что больной спалъ, хотя и немного. Многіе больные даже недовольны тѣмъ, что про нихъ говорятъ, что они спятъ, что словно не вѣрятъ имъ въ этомъ отношеніи; это обстоятельство объясняется тѣмъ, что у больныхъ-меланхоликовъ сонъ часто бываетъ не глубокимъ и настолько поверхностнымъ, что они какъ будто не замѣчаютъ, чтобы они спали; у нихъ получается совершенно искреннее убѣжденіе, что они не спятъ, ибо сонъ ихъ не освѣжаетъ и не даетъ бодрости.

Иногда въ теченіи меланхоліи развивается ипохондрическія идеи разнаго содержанія; напр., больному меланхолику начинаетъ думаться, что организмъ его испорченъ, постарѣлъ, измѣнился, что внутренніе органы разстроились и испортились, что онъ начинаетъ заживо гнить и заражать своимъ зловоніемъ окружающихъ.

Иногда больной не жалуется на тоску, говоря, что онъ лишился всѣхъ человѣческихъ чувствъ, что для него нѣтъ ни радости, ни горя, что въ груди онъ чувствуетъ пустоту одну, что сердце его и онъ самъ весь окаменѣли, что онъ сдѣлался словно мертвецомъ, безплотнымъ духомъ, обреченнымъ, однако, на вѣчное существованіе, тягостное существованіе, представле

ніе о которомъ доводитъ больного до большого отчаянія и заставляетъ, нерѣдко, стремиться покончить съ собой.

При разспросѣ больныхъ меланхоликовъ нужно также обращать вниманіе и на то, какъ у нихъ совершается мышленіе и насколько оно замедлено и заторможено; при составленіи status'а нужно отмѣтить, какъ говоритъ больной, много-ли говоритъ или нѣтъ.

Далѣе, у меланхолика часто бываютъ весьма тягостныя ощущенія въ груди; ощущенія эти могутъ быть неодинаковы; то больной испытываетъ тягостное ощущеніе пустоты въ груди, въ области сердца, то онъ жалуется вамъ на непріятныя, почти болевыя ощущенія въ той же области, то на чувство тягостнаго стѣсненія и давленія въ груди.

Кромѣ груди и области сердца больной меланхоликъ испытываетъ непріятное ощущеніе въ головѣ, причемъ эти ощущенія могутъ быть самыми разнообразными, но всегда тягостными. Многіе изъ больныхъ такого рода говорятъ, что имъ трудно соображать и думать, что въ головѣ они испытываютъ связанность и непріятныя ощущенія.

Лекція третья.

Для того, чтобы поставить діагностику меланхоліи, мы должны констатировать существованіе у больного дурного настроенія, развивавшагося первично и безпрерывнаго; но этого мало, — намъ нужно убѣдиться въ томъ, что у больного дурное настроеніе не обусловливается, напр., систематизированнымъ бредомъ преслѣдованія; чтобы исключить послѣдній, мы должны обратить вниманіе на то, какъ относится больной къ окружающему, узнать не обвиняетъ ли онъ окружающихъ въ несправедливо-дурномъ отношеніи къ нему, или-же, наоборотъ, не винитъ-ли больной во всемъ себя самого, считая себя-же вреднымъ для окружающихъ. Какъ мы указали выше, дурное настроеніе меланхолика сопровождается въ огромномъ большинствѣ случаевъ безсонницей или некрѣпкимъ сномъ, тягостными ощущеніями въ груди, похуданіемъ, отсутствіемъ аппетита и запорами. Установивши существованіе меланхоліи въ данномъ случаѣ и опредѣливши, сколько времени тянется болѣзнь, мы должны опредѣлить, не имѣемъ ли дѣло съ рецидивирующей меланхоліей. Затѣмъ, нужно постараться выяснить себѣ, нѣтъ ли въ проявленіи рецидивирующей меланхоліи циркулярнаго психоза, т. е., такого душевнаго разстройства, которое выражается въ томъ, что у больного наблюдается смѣна дурного настроенія съ непріятными и мрачными мыслями и пріятнаго настроенія съ соотвѣтствующими мыслями, съ облегченнымъ ходомъ психическаго процесса. Впрочемъ, нужно всегда имѣть въ виду, что послѣ дурного, мрачнаго и долго длящагося настроенія, наступаетъ пріятное самочувствіе, яв-

ляется, такъ сказать, физіологическая реакція, чувство довольства вслѣдствіе освобожденія отъ того тягостнаго кошмара, который давитъ меланхолика. У нѣкоторыхъ больныхъ, дѣйствительно можно говорить лишь о такомъ реактивномъ состояніи, которое вскорѣ и сглаживается; у другихъ же больныхъ за меланхолической фазой наступаетъ обратная фаза, т. е., маніакальное состояніе, говорливость, подвижность. Такимъ образомъ, при помощи разспроса самого больного и разспроса окружающихъ, намъ нужно установить, не является ли данный приступъ меланхоліи лишь одной изъ фазъ циркулярнаго психоза. Нерѣдко колебанія настроенія въ ту или другую сторону выражаются не очень рѣзко; больной становится лишь чуть-чуть повялѣе, апатичнѣе на нѣсколько мѣсяцевъ, а затѣмъ на нѣсколько-же мѣсяцевъ дѣлается пооживленнѣе, дѣятельнѣе, подвижнѣе. Иной-же разъ приступы тоски выражены очень рѣзко, равно какъ и приступы возбужденнаго состоянія. Для того, чтобы поставить діагностику бывшей меланхоліи, нужно, чтобы дурное настроеніе тянулось болѣе или менѣе продолжительное время, напр., не меньше мѣсяца; въ огромномъ же большинствѣ случаевъ оно тянется много дольше. Если вамъ сообщаютъ, что дурное настроеніе бывало и тянулось нѣсколько дней, съ недѣлю, а потомъ прекращалось, снова появлялось, то врядъ-ли такое кратковременное дурное настроеніе можно считать за меланхолію; у многихъ лицъ неуравновѣшенныхъ, дегенеративныхъ бываютъ такого рода непродолжительные періоды дурного настроенія, которые являются лишь выраженіемъ неуравновѣшенной психики, а не меланхоліей, какъ опредѣленной болѣзненной формы.

Поставивши діагностику меланхоліи, намъ остается еще опредѣлить ту почву на которой развилась меланхолія; а почва эта можетъ быть весьма различной, — напр., истерическая дегенерація, алкоголизмъ, періодъ инволюціи организма, старость и т. д.

Если васъ спросятъ, поправится ли больной и сколько времени протянется болѣзнь, то всегда слѣдуетъ принимать въ

соображеніе, если имѣемъ дѣло съ рецидивирующей меланхоліей, какъ протэкали прежніе приступы болѣзни. Часто и бываетъ такъ, сколько времени тянулась меланхолія прежде, столько-же времени она можетъ протянуться и въ данномъ случаѣ; но нерѣдко, надо замѣтить, послѣдующіе приступы становится болѣе длительными и иногда затягиваются на долгое сравнительное время. Если-же вы имѣете дѣло съ первымъ приступомъ меланхоліи, то трудно съ опредѣленностью сказать, сколько времени онъ протянется; большею частью нужно думать, что болѣзнь протянется скорѣе всего нѣсколько мѣсяцевъ, особенно въ старческомъ возрастѣ. Если къ вамъ обращаются за совѣтомъ по поводу больного, находящагося въ молодомъ возрастѣ, у котораго вы констатировали меланхолію, то нужно думать, что имѣете дѣло почти навѣрное, или съ рецидивирующей меланхоліей или съ циркулярнымъ психозомъ. Скажемъ кстати, что меланхолія чаще встрѣчается у женщинъ. Если-же вы имѣете дѣло съ больнымъ средняго возраста, у котораго вы опредѣлили меланхолію и который заболѣлъ душевною болѣзнью въ первый разъ, то всегда слѣдуетъ обратить вниманіе на то, нѣтъ-ли у больного признаковъ начинающаго прогрессивнаго паралича, для чего нужно тщательнѣе изслѣдовать больного со стороны зрачковъ, физической рѣчи, письма, колѣнныхъ рефлексовъ, силы рукъ, походки и т. д., особенно если въ анамнезѣ отмѣчается сифилисъ.

Въ большей части случаевъ меланхолія даетъ хорошее предсказаніе; даже если приступъ меланхоліи затягивается на годъ, на полтора, на два—всетаки нельзя терять надежды на выздоровленіе. Но съ другой стороны, надо имѣть въ виду, что бываютъ такіе случаи, гдѣ меланхолія, не проходитъ, а переходитъ въ хроническую меланхолію; иногда при этомъ не наступаетъ ослабленія психической дѣятельности, иногда послѣдняя рѣзко слабѣетъ, и больной становится слабоумнымъ и неспособнымъ къ самостоятельному труду. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ за меланхоліею развивается слабоуміе, можно думать, конечно о томъ, не была-ли меланхолія въ данномъ слу-

чаѣ лишь выраженіемъ наступающаго преждевременнаго слабоумія, его продромальнымъ симптомомъ. Иногда-же послѣ меланхоліи остаются, вмѣстѣ съ признаками умственной слабости, какія-нибудь бредовыя мысли, часто нѣсколько систематизированныя.

И такъ, положимъ, вы поставили діагностику меланхоліи. Какимъ-же образомъ нужно лѣчить меланхолика, чѣмъ его лѣчить, въ какую обстановку помѣстить? Опытъ показываетъ, что меланхолія протекаетъ въ болѣе легкой формѣ при благопріятной обстановкѣ, къ которой относится больница, лѣчебница содержаніе больного, хотя и дома, но при извѣстномъ изолированіи отъ неблагопріятныхъ окружающихъ условій. Такъ какъ многіе меланхолики имѣютъ наклонность къ самоубійству, то это обстоятельство и нужно имѣть прежде всего въ виду. Въ этомъ отношеніи безопасность достигается главнымъ образомъ помѣщеніемъ меланхолика въ спеціальную больницу или лѣчебницу, гдѣ надзоръ можетъ быть организованъ лучше, чѣмъ въ домашней обстановкѣ. Конечно, самыя лучшія психіатрическія заведенія не гарантированы отъ самоубійства меланхоликовъ, но во всякомъ случаѣ послѣдніе вомного разъ чаще кончаютъ съ собою внѣ больницы и въ домашней обстановкѣ. Поэтому, если вы имѣете дѣло съ остропротекающимъ случаемъ меланхоліи, то цѣлесообразнѣе всего совѣтывать роднымъ помѣстить больного въ спеціальную больницу или лѣчебницу; и совѣтывать это необходимо тѣмъ настойчивѣе, чѣмъ рѣзче выражено стремленіе къ самоубійству или чѣмъ больше подозрѣнія возбуждаетъ въ васъ больной въ этомъ отношеніи.

Если больной меланхоликъ помѣщается въ больницу подъ ваше наблюденіе, то вамъ нужно устроить за такимъ больнымъ постоянный надзоръ: вы должны будете предупредить всѣхъ лицъ, ухаживающихъ за больнымъ, что больной нуждается въ строгомъ присмотрѣ и наблюденіи и указать болѣе и менѣе опредѣленно, на что обратить вниманіе по отношенію къ данному больному. При поступленіи меланхолика въ больницу, вамъ придется узнать, нѣтъ-ли у него, опасныхъ для него вещей,

не осталось-ли при немъ ядовитыхъ лѣкарствъ, острыхъ предметовъ, снурковъ и т. д. Нужно помнить, что свое наблюденіе за больнымъ вы должны дѣлать такимъ образомъ, чтобы не обидѣть и не огорчить его лишній разъ, поступая съ больнымъ крайне деликатно и осторожно. Если дѣло касается меланхолички, то слѣдуетъ обратить на больную вниманіе надзирательницы или лица, замѣняющаго ее, сказавши, что нужно будетъ имѣть въ виду. Удобнѣе и лучше всего вскорѣ послѣ поступленія больной сдѣлать ей ванну и поручить присутствовать при этомъ надзирательницѣ или опытному лицу, причемъ требуется имѣть въ виду разныя мелочи, перечислить которыя здѣсь нѣтъ возможности. Нужно вамъ знать, на какомъ снуркѣ или цѣпочкѣ носитъ больная крестъ, напр.; если этотъ снурокъ окажется очень крѣпкимъ, то лучше перемѣнить его, замѣнивши его легко разрываемымъ снуркомъ, при помощи котораго больная не можетъ покончить съ собою. Нужно требовать, чтобы лица, имѣющія къ больному ближайшее и непосредственное отношеніе, знали всѣ вещи наперечетъ, какія оставляются у больного, чтобы у него не было лишнихъ снурковъ и тесемочекъ. Если вы имѣете дѣло съ больнымъ, то, конечно, и сами можете быть въ то время при больномъ, когда онъ принимаетъ ванну, и сами можете видѣть, какъ ведетъ себя больной, какой снурокъ у него на крестѣ, нѣтъ-ли на тѣлѣ поврежденій, особенно слѣдовъ, указывающихъ на то, что больной дѣлалъ попытки причинить себѣ вредъ. Всегда нужно помнить, что при самомъ больномъ нельзя разговаривать объ указанныхъ обстоятельствахъ; все, что вы желаете поручить другимъ сдѣлать, слѣдуетъ передавать не въ присутствіи самого больного и не при другихъ больныхъ, а такъ, чтобы больному не подчеркивать въ его глазахъ опасность его положенія, не наводить его лишній разъ на мысли о самоубійствѣ. Если больной желаетъ оставить при себѣ какія-нибудь изъ своихъ вещей, то вы должны сдѣлать выборъ, что по вашему мнѣнію безопасно для больного или больной, а что для него можетъ быть опасно, т. е. рѣшить вопросъ чѣмъ и

какой вредъ онъ можетъ причинить себѣ. Нельзя больному оставить острыхъ предметовъ, ножей, ножницъ, иголокъ, булавокъ и т. д., лѣкарствъ, иногда привозимыхъ больными. Больному можно осторожно и деликатно объяснить, что по правиламъ, заведеннымъ въ больницѣ, вещи не остаются на рукахъ у больныхъ; обыкновенно больные мало протестуютъ противъ того, что вы лишаете ихъ разныхъ вещей, которыя они хотѣли бы оставить у себя; большею же частью меланхолики легко соглашаются съ вашими доводами. Несмотря на то, что иные больные могутъ протестовать противъ вашего рѣшенія, но вамъ придется быть при томъ же мнѣніи, руководствуясь сознательно тѣмъ, что полезно и безопасно для больного и поступая лишь въ этомъ направленіи, даже если вамъ и придется нѣсколько огорчить больного. Во всякомъ случаѣ, если вы отнесетесь къ больному сердечно, ласково, посидите и поговорите съ нимъ, если онъ замѣтитъ ваше участіе, то можно быть увѣреннымъ, что больной легко согласится съ вашими доводами на счетъ оставленія на рукахъ лишь тѣхъ вещей, которыя вы находите нужными оставить больному.

Продолжая наблюдать больного меланхолика, отданнаго на ваше попеченіе въ больницу, въ первое время можно назначить ему постельное содержаніе, если нѣтъ для этого какихъ-нибудь особенныхъ противопоказаній; а однимъ изъ противопоказаній можетъ быть чрезмѣрная склонность и потребность въ движеніяхъ, какъ это наблюдается иногда при нѣкоторыхъ ажитированныхъ формахъ меланхоліи, гдѣ больному трудно не только лежать, но и сидѣть, и гдѣ развита непреодолимая потребность двигаться и бѣгать однообразно по комнатѣ. Конечно, насильственно удерживать въ постели такого больного нельзя, а лежать самъ въ постели онъ не въ состояніи. Но такіе случаи бываютъ весьма рѣдко; если и попадется такой случай, то всегда слѣдуетъ подумать, какъ лучше будетъ для больного, лежать-ли ему въ постели или-же дать ему возможность бѣгать и двигаться по комнатѣ; иной разъ больной мо-

жетъ, согласно вашимъ совѣтамъ лежать въ постели, по эт дѣлать для него весьма тягостно, при чемъ это увеличиваетъ тоску; опять, конечно, нужно обсудить внимательно и всесто ронне, что полезнѣе для больного, нельзя-ли разрѣшить ему, хотя-бы иногда, ходить по комнатѣ.

Такъ какъ многіе меланхолики страдаютъ плохимъ аппе титомъ и такъ какъ для нѣкоторыхъ изъ нихъ пища даже является противной, то нужно обратить вниманіе на то, какъ ѣстъ больной, что ѣстъ охотнѣе. На питаніе больного нужно обращать большое вниманіе, тѣмъ болѣе, какъ мы видѣли уже, меланхолики нерѣдко страдаютъ малокровіемъ, худѣютъ, блѣдны, плохого питанія. Если у больного существуютъ запоры, то и это нужно всегда имѣть въ виду и относиться къ лѣченію ихъ, конечно, симптоматическому, руководствуясь извѣстнымъ планомъ. Если со стороны больного нѣтъ большого сопротивленія относительно клизмы то назначеніе послѣдней цѣлесообразнѣе всего.

Такъ какъ меланхолія тянется нерѣдко много мѣсяцевъ, то назначеніе слабительныхъ для устраненія запоровъ невсегда цѣлесообразно; поэтому, лучше всего назначать больному клизму изъ воды; если послѣдняя не подѣйствуетъ, то на другой день она можетъ быть повторена. Во многихъ случаяхъ, клизма производитъ желаемое дѣйствіе кишечника, и слабительныя оказываются излишними. Но и клизму нѣтъ необходимости ставить ежедневно; достаточно ставить ее черезъ день иногда черезъ два, смотря по обстоятельствамъ; а если клизма оказывается мало дѣйствительной, то для послабленія можно употреблять комбинированный методъ, т. е., назначить больному легкое слабительное, въ небольшой дозѣ, а черезъ нѣсколько часовъ поставить клизму. Замѣтимъ кстати, что запоры у меланхолика обусловливаются, вѣроятно, ослабленіемъ дѣятельности кишечныхъ стѣнокъ которая становится вялой, мало энергичной, что находится въ связи съ общимъ ослабленіемъ или пониженіемъ жизнедѣятельности всей нервной си-

стемы и всего организма, въ томъ числѣ и кровобращенія, которое дѣлается болѣе вялымъ.

И такъ, положимъ, вы приняли па свое попеченіе меланхолика, обратили вниманіе на то чтобы устранить возможность съ его стороны причинить себѣ какой нибудь вредъ, предупредили ухаживающихъ за нимъ лицъ, на что надо обращать вниманіе при уходѣ за нимъ, позаботились объ его столѣ, о состояніи кишечника и т. д.; еще одна мелочь, которую слѣдуетъ имѣть въ виду при поступленіи меланхолика въ больницу: иногда, чтобы замаскировать перекладины у спинки кровати, лучше ихъ закрыть чѣмъ-нибудь, такъ какъ у больного можетъ явиться мысль затягивать, напр., себѣ шею въ то время, когда онъ находится въ постели при помощи этихъ перекладинъ. Больному меланхолику, если нѣтъ какихъ-либо особенныхъ противопоказаній со стороны общаго состоянія какого-нибудь органа, нужно назначать лѣченіе теплыми ваннами, въ 28° по Реомюру, Больной остается въ ваннѣ минутъ 15. На голову кладется компрессъ изъ прохладной воды нѣсколько разъ смѣняемый. Еще разъ напомню, что въ то время, когда больной принимаетъ ванну, при этомъ долженъ присутствовать человѣкъ, на котораго можно положиться вамъ, что при немъ больной не сдѣлаетъ себѣ ничего дурного и не потопитъ себя въ ваннѣ; нерѣдко меланхолики дѣлаютъ такія попытки. Ванну не слѣдуетъ дѣлать вскорѣ послѣ принятія пищи; не слѣдуетъ дѣлать ее и поздно вечеромъ, напр., передъ сномъ, что можетъ отразиться иногда дурно на снѣ. Поэтому, лучше всего дѣлать ванну подъ вечеръ часовъ въ 5—6—7 или нѣсколько пораньше, или попозднѣе. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ ванны не нужно дѣлать ежедневно, достаточно дѣлать ихъ или три раза въ недѣлю, или черезъ день. Ванны оказываютъ на меланхолика иногда благотворное дѣйствіе; подъ вліяніемъ теплой ванны тоскливое состояніе можетъ стать для больного менѣе тягостнымъ, т. е., ванна теплая облегчаетъ болѣзненную тоску, что, впрочемъ, самими больными далеко невсегда сознается, но что замѣтно иногда для окружающихъ; сонъ послѣ ванны

нерѣдко также становится получше, поглубже и болѣе продолжительнымъ.

Что касается собственно фармацевтическаго лѣченія, то оно заключается, главнымъ образомъ, по отношенію къ тоскѣ, въ назначеніи наркотическихъ. Сюда относятся кодеинъ, морфій, героинъ, опій въ той или другой формѣ, индійская конопля и др. Разными врачами назначаются различныя средства. Если тоска не очень сильна, то можно ограничиться и кодеиномъ: послѣдній назначается отъ 0,015 до 0,03 по 2—3 раза въ день. При существованіи болѣе глубокой тоски, кодеинъ, по моему мнѣнію, оказывается мало дѣйствительнымъ. Вмѣсто него тогда лучше назначить препараты опія, если нѣтъ очень упорныхъ запоровъ; изъ препаратовъ опія можно назначать разные, напр., pulvis opii или extractum opii aquosum, начиная съ 0,015—0,02 до 0,05 и болѣе на пріемъ, 2—3 раза въ день. Конечно, назначеніе наркотическихъ удобнѣе начинать первые дни съ меньшихъ дозъ, а потомъ постепенно, въ случаѣ надобности, увеличивать дозу принимаемаго наркотическаго. Если тоскливое состояніе очень велико и если мы имѣемъ дѣло съ больнымъ, у котораго приходится бороться съ упорными запорами, то иногда приходится избѣгать назначенія препаратовъ опія, а лучше остановиться на морфіи; послѣдній дается, начиная съ 0,0085 на пріемъ до 0,01—0,015 въ постепенно восходящихъ дозахъ 2—3 раза въ день

Если у больного наблюдается большая раздражительность, повышенная впечатлительность или двигательное возбужденіе, то умѣстно одновременно и назначеніе бромистыхъ препаратовъ.

Далѣе, рядомъ съ наркотическими и успокаивающими лѣкарствами, можно рекомендовать и средства, дѣйствующія на кроветвореніе, какъ-то препараты *Fe* и *As* въ той или другой формѣ, смотря по случаю. Назначеніе укрѣпляющихъ средствъ показуется и противопоказуется общими правилами, какъ и при другихъ болѣзняхъ. При лѣченіи меланхолика, какъ и всякаго больного, слѣдуетъ обращать вниманіе на состояніе

всѣхъ органовъ; и если есть специальныя показанія, то они требуютъ спеціальнаго симптоматическаго лѣченія, о которомъ здѣсь нѣтъ надобности и говорить. Вообще, нужно помнить, что меланхолія не есть болѣзнь, указывающая только на пораженіе головного мозга или одной психики; это есть общая болѣзнь, болѣзнь всего организма, въ которой психическіе симптомы только превалируютъ. При лѣченіи меланхолика вамъ нужно знать о состояніи всѣхъ его отдѣльныхъ органовъ.

Назначивши больному лѣченіе, вы продолжаете наблюдать его, подробнѣе знакомиться съ индивидуальными проявленіями его болѣзни; чѣмъ детальнѣе вы знакомитесь съ больнымъ, чѣмъ больше изучаете проявленіе его болѣзни, вникая въ различныя мелочи его личной жизни, тѣмъ больше вы будете понимать состояніе больного, тѣмъ больше довѣрія и вліянія на него пріобрѣтете. Нужно убѣдиться въ томъ, что лѣченіе больного заключается не только въ пріемѣ имъ ваннъ и лѣкарственныхъ средствъ, но главнымъ образомъ въ той цѣлесообразной обстановкѣ и цѣлесообразномъ уходѣ за больнымъ, которыя вы создатите для больного. Слѣдовательно, если вы знаете, что̀ для больного нужно, что̀ для него полезно, что̀ вредно, что̀ для него можно сдѣлать, чего нельзя для него сдѣлать, несмотря даже на его настоятельныя и постоянныя просьбы и приставанія,—если вы все это знаете, то и лѣченіе ваше, понимая его въ широкомъ смыслѣ слова, будетъ больше соотвѣтствовать данной цѣли. Можно-ли, напр., сказать, что меланхоликъ, принимающій ванны и порошки, пользуется соотвѣтствующимъ лѣченіемъ, если къ нему ходятъ родные, разстраиваютъ его своими разговорами и неподходящими разсказами, заставляя больного больше волноваться, плохо спать и т д.? Для правильнаго лѣченія меланхолика вамъ придется обращать вниманіе и вникать въ различные, часто мелочные, факты повседневной жизни. Если вы будете стараться устранить отъ больного все, что его волнуетъ и дѣйствуетъ ухудшающимъ образомъ на его болѣзненную тоску и его болѣзнь вообще, то этимъ вы будете

приближаться къ правильному лѣченію. Меланхоликъ, помѣщенный въ больницу, начинаетъ иногда проситься обратно домой и настойчиво просить свиданія съ родными, убѣждая васъ, что онъ, поговоривши съ родными и узнавши о домашнихъ дѣлахъ, успокоится и будетъ чувствовать себя лучше. Иногда просьбы эти бываютъ настолько настойчивы, что у васъ явится мысль, что можетъ быть меланхоликъ дѣйствительно дома будетъ чувствовать себя лучше. Но опытъ убѣждаетъ насъ въ томъ, что свиданіе съ родными и близкими при остромъ теченіи тоскливаго аффекта во многихъ случаяхъ не приноситъ никакой пользы, не успокаиваетъ больныхъ, а наоборотъ, послѣдніе еще больше волнуются. Поэтому, если вы имѣете дѣло съ больнымъ, у котораго тоска находится еще въ остромъ періодѣ, весьма часто приходится, по крайней мѣрѣ первое время, устранять свиданія съ родными и близкими, могущія повредить больному. Психика меланхолика является чрезвычайно чувствительной и воспріимчивой къ непріятнымъ впечатлѣніямъ всякаго рода; больного могутъ волновать не только непріятныя извѣстія, касающіяся его самого и его семьи, но и разсказы и описанія печальныхъ происшествій въ больницахъ, въ особенности въ психіатрическихъ, случаевъ самоубійствъ, отравленій и другихъ подобнаго рода фактовъ. Если вы даете больному, напр., газету, то лучше всего просмотрѣть ее и обратить вниманіе на то, нѣтъ-ли въ ней чего-нибудь такого, что можетъ повліять въ дурную сторону на вашего больного. Точно также нужно устранить отъ больного такого рода книги, гдѣ говорится о самоубійствѣ, гдѣ оно описывается, гдѣ герои кончаютъ жизнь самоубійствомъ.

Вниманіе меланхолика весьма охотно останавливается на такихъ описаніяхъ, а между тѣмъ это его можетъ сильно разстраивать и волновать. Нужно внушить всѣмъ ухаживающимъ за больнымъ, чтобы они въ свою очередь не вели съ больными неподходящихъ, его разстраивающихъ, разговоровъ, чтобы они не сообщали ему разсказовъ о печальныхъ происшествіяхъ, о смертяхъ, о самоубійствахъ, убійствахъ и о разныхъ страшныхъ преступленіяхъ. Если въ семьѣ больного случилось какое

нибудь несчастіе или непріятность и если больной находится въ это время подъ вашимъ наблюденіемъ, то, пока тянется острый періодъ тоски, нужно лучше стараться скрыть отъ больного о происшедшемъ несчастіи и дождаться момента, когда ему станетъ лучше, когда онъ правильнѣе отнесется къ сообщенію о постигшемъ его несчастіи; а если сообщить больному непріятное извѣстіе въ періодѣ острой тоски, то онъ отнесется къ нему неправильно, преувеличитъ, оцѣнитъ крайне односторонне, и все это дурно можетъ отразиться на дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, можетъ усилить стремленіе къ самоубійству, разстроить на продолжительное время и сонъ, и аппетитъ, т. е., ухудшить общее питаніе. При уходѣ и лѣченіи меланхоликовъ всегда нужно имѣть въ виду ихъ состояніе повышенной чувствительности или психической гиперэстезіи по отношенію къ непріятнымъ впечатлѣніямъ. Представьте себѣ, что какая-нибудь часть нашего тѣла, напр., часть кожной поверхности, страдаетъ гиперэстезіей; тогда малѣйшія раздраженія, иногда почти незамѣчаемыя здоровой кожей, являются для насъ болѣзненными или весьма непріятными; а исчезаетъ гиперэстезія, и тогда раздраженія даже болѣе сильныя и интензивныя нами или не замѣчаются, или не вызываютъ непріятнаго ощущенія. Психическая гиперэстезія меланхолика къ непріятнымъ впечатлѣніямъ представляютъ собою нѣчто, вполнѣ аналогичное физической гиперэстезіи.

Если, съ одной стороны, нужно стараться отстранить отъ меланхолика непріятныя впечатлѣнія, то, съ другой стороны, слѣдуетъ заботиться и о томъ, чтобы успокаивать и ободрять его, разумно поддерживать его упавшій духъ, отвлекать его отъ мрачныхъ мыслей, немного развлекать его, обращая вниманіе на вещи, для него интересныя. Нужно стараться иногда занять больного какимъ - нибудь разговоромъ, легкой работой, неутомительными развлеченіями въ подходящей компаніи. Но, упомянувши о развлеченіи я долженъ остановиться на этомъ нѣсколько подробнѣе. Подъ развлеченіемъ, полезнымъ для меланхолика, я подразумѣваю напр., соотвѣтствующее чтеніе, иногда общій

разговоръ въ небольшомъ обществѣ, непродолжительную игру въ карты, шахматы, неутомительную и небольшую прогулку. Всякое-же развлеченіе, связанное съ утомленіемъ, нужно считать вреднымъ для больного меланхолика. Поэтому, не слѣдуетъ человѣку заболѣвшему меланхоліей, ѣхать въ путешествіе, которое требуетъ траты большого количества энергіи; а послѣдней у меланхолика часто и безъ того весьма мало. Путешествіе и подобныя развлеченія, поѣздки на концерты, въ театръ все это утомляетъ больныхъ, препятствуетъ поддержкѣ питанія; слѣдовательно, все это вредно для больныхъ. Не только въ обществѣ, но среди врачей—неспеціалистовъ, принято думать, что меланхолика надо непремѣнно какъ можно больше развлекать, что его надо чаще вывозить въ гости, въ театръ, надо съ нимъ путешествовать, перемѣнять обстановку, такъ какъ онъ на одномъ мѣстѣ скучаетъ больше. Но вышеупомянутый взглядъ на необходимость продолжительныхъ развлеченій для меланхоликовъ является ошибочнымъ; назначеніе больнымъ далекихъ поѣздокъ, для развлеченія ихъ, нужно считать притивопоказуемымъ и вреднымъ для здоровья.

Полезнымъ-же является во время остраго періода забота о сохраненіи энергіи больныхъ, о поддержаніи питанія, объ усиленномъ кормленіи, объ устраненіи явленій малокровія и упадка питанія, а всему этому поѣздки и путешествія съ цѣлью развлеченія могутъ препятствовать. Иной-же разъ, конечно, при начинающемся выздоровленіи, при улучшеніи физическаго состоянія, можно рекомендовать больнымъ развлеченія въ формѣ поѣздки; но при этомъ всегда нужно имѣть въ виду, не будетъ ли это дѣйствовать на больного истощающимъ образомъ, а слѣдовательно мѣшать наступленію выздоровленія; всегда нужно помнить, что утомительныя развлеченія, соединенныя со смѣной впечатлѣній, не приносятъ пользы обыкновенно меланхолику, находящемуся въ періодѣ острой тоски; обратный взглядъ на дѣло нужно считать ошибочнымъ, хотя онъ и является весьма распространеннымъ и принятымъ. Вѣдь, въ самомъ дѣлѣ, нерѣдко острая меланхолія есть не что иное, какъ выраженіе

состоянія плохого питанія головного мозга, его малокровія, его недостаточной функціи; причемъ спросъ на его дѣятельность превышаетъ способность и силу его энергіи. Не будетъ ли болѣе естественнымъ заботиться о томъ, чтобы такому мозгу дать возможность освободиться отъ излишка впечатлѣній, поставить его въ такія условія, чтобы онъ могъ отдыхать и неподвергался-бы излишнимъ для него въ данное время раздраженіямъ? А если это такъ, то, разумѣется, продолжительныя развлеченія прямо этому противорѣчатъ, почему и противопоказуются.

Главная забота при уходѣ за меланхоликомъ заключается, какъ мы сказали выше, въ томъ, чтобы сохранить жизнь больного, оберегая его всѣми способами отъ самоубійства. Въ этомъ отношеніи вамъ окажутъ услуги разныя обстоятельства; во-первыхъ, ласковое, гуманное и осторожно-деликатное, ободряющее отношеніе окружающихъ къ больному. Меланхолики весьма тонко чувствуютъ и правильно оцѣниваютъ хорошее отношеніе къ нимъ Иногда, судя по разсказамъ больныхъ, они не покончили съ собой благодаря лишь тому, что боялись огорчить этимъ лицъ, къ нимъ расположенныхъ, о нихъ заботящихся. Во вторыхъ, все, что успокоиваетъ больного, все, что уменьшаетъ его тоску, приступы его отчаянія,—все это способствуетъ уменьшенію опасности самоубійства со стороны больного: а дѣйствуетъ на больного благотворно временное устраненіе отъ него непріятныхъ и печальныхъ извѣстій, касающихся его родныхъ и близкихъ, теплыя ванны, разныя наркотическія и различныя, но не утомляющія развлеченія, напр., непродолжительныя занятія рукодѣліемъ, игрой въ карты, въ шахматы и т. д.

У иныхъ меланхоликовъ бываютъ ужасно мучительные приступы тоски и отчаянія въ формѣ raptus melancholicus, когда больной меньше владѣетъ собой, когда сознаніе его больше суживается и когда опасность самоубійства весьма усиливается. При уходѣ за меланхоликами это обстоятельство всегда нужно имѣть въ виду. Нужно помнить также, что для многихъ больныхъ наиболѣе тягостными для нихъ часами являются утренніе

часы, тотчасъ послѣ пробужденія; поэтому, ухаживающимъ за больнымъ лицамъ слѣдуетъ сказать, чтобы въ это время надзоръ и наблюденіе были какъ можно строже и внимательнѣе.

Ночное время также, конечно, оказывается временемъ, когда опасность самоубійства со стороны меланхолика увеличивается; днемъ, несомнѣнно, больной въ большинствѣ случаевъ больше на глазахъ у разныхъ лицъ, чѣмъ ночью при спеціальномъ, ночномъ дежурствѣ. Такъ какъ желательно опасныхъ меланхоликовъ всегда имѣть на виду у ночныхъ дежурныхъ, то для лучшаго надзора можно рекомендовать помѣщать ихъ такимъ образомъ, чтобы ихъ кровать была всегда на глазахъ, чтобы то мѣсто, гдѣ помѣщается больной, было хорошо освѣщено, несмотря даже на жалобы больного, что свѣтъ мѣшаетъ ему спать; можно на ночь переносить больныхъ съ указанной цѣлью въ корридоръ, въ общую комнату и, вообще, поближе къ мѣсту дежурства. Нужно позаботиться о томъ, чтобы у больного не оставалось, особенно на ночь, ничего такого, чѣмъ бы онъ могъ причинить себѣ вредъ, напр., полотенца, платка, нужно незамѣтно для больного, осматривать одѣяло, простыни, обратить вниманіе на то, не отрываетъ ли онъ отъ нихъ кромокъ, съ помощью которыхъ онъ можетъ удушить себя.

Всѣхъ мелочей, касающихся ухода за опасными въ смыслѣ самоубійства меланхоликами, я перечислить здѣсь не могу, достаточно, если вы будете всегда имѣть въ виду, что почти всякій меланхоликъ можетъ представлять опасность въ упомянутомъ отношеніи, и будете сознательно стремиться къ устраненію этой опасности. Чѣмъ больше заботливости вы проявите здѣсь, тѣмъ меньше будутъ шансы на печальный исходъ.

Упомяну кстати о томъ, какъ и въ какой формѣ давать больному меланхолику лѣкарства. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ оставлять лѣкарства на рукахъ у больного; но и помимо этого, нужно стараться сдѣлать такъ, чтобы больной дѣйствительно принималъ тѣ лѣкарства, которыя ему прописываются. Представьте себѣ, напр., такой случай: вы даете

больному лѣкарство въ формѣ пилюли или облатки; больной на вашихъ глазахъ дѣлаетъ видъ, что онъ принялъ лѣкарство, запиваетъ его, какъ будто глотаетъ; а на самомъ дѣлѣ оказывается, что онъ провелъ васъ, что онъ вовсе не проглотилъ облатки или пилюли; а когда вы отошли отъ него, онъ выплюнулъ лѣкарство: но это еще ничего; иногда больной, зная что его лѣкарство въ большихъ дозахъ можетъ быть ядовитымъ, можетъ начать собирать эти пилюли или облатки, съ цѣлью накопивши ихъ въ значительномъ числѣ, попробовать отравиться ими. Поэтому, если есть возможность, то лучше иногда не давать меланхолику лѣкарствъ въ упомянутой формѣ, а прописывать ихъ въ формѣ микстуры и порошковъ; но и относительно послѣднихъ нужно быть осторожнымъ вотъ въ какомъ отношеніи; не нужно больному давать въ руки порошокъ, а нужно развести его въ водѣ, и въ такомъ видѣ можно даже оставить иногда около больного; давая же больному на руки по порошку и надѣясь на то, что больной ихъ будетъ самъ принимать, вы рискуете, что больной ухитрится накопить нѣсколько такихъ порошковъ съ цѣлью принять ихъ сразу и отравиться. Если больной отказывается отъ лѣкарства, то послѣднее ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ примѣшивать къ пищи или давать ему лѣкарство, зажимая носъ и насильственно вливая лѣкарство въ ротъ.

Не оставляйте при больномъ никакихъ вредныхъ веществъ, больной можетъ отравиться сулемой или карболовой кислотой, которыя вы принесли, напр., съ цѣлью дѣлать кому-нибудь хирургическую повязку или для какой-нибудь операціи; больной можетъ отравиться сѣрной кислотой, употребляемой для поглощенія влаги при вставленіи вторыхъ рамъ; больной можетъ воспользоваться, съ цѣлью покончить съ собой, и тѣми острыми инструментами, которые вы принесли съ собою для какой-нибудь операціи; поэтому, въ такихъ случаяхъ нужно знать наперечетъ всѣ взятые инструменты и строго слѣдить за ними самому или поручить это надежному и опытному человѣку

Еще разъ позволю себѣ сказать, что нѣтъ возможности указать на всѣ предосторожности, которыя нужно имѣть въ виду при уходѣ за меланхоликами.

Остановлюсь теперь на томъ, что нужно дѣлать при безсонницѣ у меланхоликовъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда они отказываются отъ пищи. Что касается безсонницы, то послѣдняя становится иногда поменьше при соотвѣтствующемъ уходѣ и при устраненіи всѣхъ вредныхъ для больного воздѣйствій на него и впечатлѣній, подъ вліяніемъ теплыхъ ваннъ и наркотическихъ; иногда же приходится прибѣгать къ снотворнымъ, но съ назначеніемъ этихъ средствъ слѣдуетъ быть осторожнымъ и не злоупотреблять ими; если вы найдете нужнымъ давать какое-нибудь снотворное, то лучше всего назначать его нечасто, воздерживаться отъ большихъ дозъ, потому что снотворныя, часто назначаемыя, проявляютъ все болѣе и болѣе слабое дѣйствіе на организмъ; а, съ другой стороны, они могутъ вредно отзываться на общемъ питаніи, поддерживая малокровіе или препятствуя его устраненію. Какое же изъ снотворныхъ можно назначить больному? Если меланхолія развилась на почвѣ алкоголизма, то умѣстнѣе хлораль-гидратъ, если нѣтъ противопоказаній со стороны внутреннихъ органовъ. Если же нѣтъ указаннаго этіологическаго момента, то можно попробовать давать больному отъ времени до времени небольшія дозы сульфонала, по 0, 8—1, 0 на пріемъ; иные врачи предпочитаютъ тріоналъ; но послѣдній, повидимому болѣе и быстрѣе отражается на общемъ обмѣнѣ веществъ, слѣдовательно, на питаніи. Какое бы наркотическое средство вамъ ни рекомендовалось, какъ бы его ни расхваливали, лучше всегда самому себѣ задавать вопросъ, нужно-ли назначеніе снотворнаго, не слѣдуетъ-ли подождать съ назначеніемъ его, не повліяетъ-ли оно дурно при частомъ назначеніи на питаніе организма. Вѣроятно, во многихъ случаяхъ кратковременный естественный сонъ полѣзнѣе, хотя и болѣе продолжительнаго но искусственнаго сна.

Плохой аппетитъ у меланхолика, у котораго на почвѣ ме

ланхоліи развиваются бредовыя идеи, можетъ подать поводъ къ отказу отъ пищи; такой отказъ отъ пищи чаще всего бываетъ не при чистой меланхоліи, протекающей при ясномъ сознаніи и безъ какихъ-нибудь прибавочныхъ бредовыхъ идей, а при меланхоліи, развивающейся на почвѣ истеріи или какого-нибудь иного дегенеративнаго состоянія. Если меланхоликъ отказывается отъ пищи или ѣстъ мало, то нужно пользоваться всякимъ подходящимъ случаемъ, чтобы уговорить больного съѣсть хотя что-нибудь. Если это не удается, если больной продолжаетъ отказываться упорно отъ пищи, то приходится со временемъ приступать къ искусственному кормленію черезъ зондъ, о чемъ, чтобы заставить больного самого ѣсть, ему приходится сказать заранѣе. Попытки накормить больного безъ зонда, просто при насильственномъ раскрытіи ему рта и вливаніи пищи въ ротъ, у меланхоликовъ съ яснымъ сознаніемъ, обыкновенно ни къ чему не ведетъ, такъ какъ больные пищи не глотаютъ; а зажиманіе носа, ни въ какомъ случаѣ производить нельзя, такъ какъ это можетъ подать поводъ къ попаданію пищи въ дыхательные пути. О томъ, какъ производится кормленіе черезъ зондъ, какими показаніями нужно руководствоваться при насильственномъ кормленіи, объ этомъ мы будемъ говорить въ другой разъ, такъ какъ въ чистыхъ случаяхъ меланхоліи въ огромномъ большинствѣ случаевъ удается обходиться безъ этой насильственной и непріятной мѣры.

Прежде чѣмъ закончить главу о меланхоліи, я хотѣлъ бы обратить ваше вниманіе еще и на то обстоятельство, что въ теченіи меланхоліи наблюдаются весьма часто колебанія; то больному въ теченіи извѣстнаго періода получше, то ему становится на нѣкоторое время похуже. Такія колебанія встрѣчаются у большей части больныхъ, страдающихъ мелахоліей; иногда ухудшенія, несомнѣнно, зависятъ отъ внѣшнихъ причинъ, а нерѣдко и отъ какихъ-то внутреннихъ причинъ, отъ неизвѣстныхъ намъ измѣненій, происходящихъ въ самомъ организмѣ. Конечно, и относительно лѣченія приходится дѣлать нѣкоторыя измѣненія, соображаясь съ состояніемъ больного и

съ колеоаніями въ болѣзни. Если больному похуже, если приступы отчаянія у него появляются часто и выражаются въ рѣзкой формѣ, то дозы назначенныхъ наркотическихъ лѣкарствъ можно нѣсколько повысить; можно попробовать теплыя ванны дѣлать почаще, не черезъ день, какъ это дѣлается обыкновенно. а ежедневно въ теченіи нѣкотораго времени, если только ванны облегчаютъ состояніе больного и не раздражаютъ его. Если больной долго принималъ наркотическія и если вы предполагаете, что организмъ его привыкъ уже къ нимъ, то можно на время оставить наркотическія или же попробовать одно средство замѣнить другимъ. Несмотря на колебанія въ теченіи болѣзни, несмотря на періоды ухудшенія, не нужно терять надежды на поправленіе больного. Нужно всегда своими словами и своимъ отношеніемъ ободрять упавшій духъ больного, стараясь облегчить ему тяжесть его страданій, заботясь о томъ, чтобы доставить больному возможность сколько-нибудь заняться и равлечься чѣмъ-нибудь, для него неутомительнымъ. На періоды ухудшенія невсегда можно смотрѣть, какъ на дѣйствительное ухудшеніе; они являются таковыми лишь сравнительно съ другими періодами. менѣе тягостными, а не сравнительно со всею картиной болѣзни, такъ какъ они не ухудшаютъ сами по себѣ еще прогностики. При уходѣ же за больнымъ эти періоды худшихъ состояній имѣютъ большое значеніе, такъ какъ заставляютъ васъ временами усиливать еще больше надзоръ и наблюденіе за такими больными.

Лекція четвертая.

Теперь переходимъ къ разсмотрѣнію того, какимъ образомъ составлять объективный анамнезъ и вести разспросъ больныхъ, у которыхъ наблюдаются явленія, противоположныя тѣмъ, какія мы видимъ у меланхоликовъ. Послѣднія могутъ въ значительной степени считаться, такъ сказать, антиподами больныхъ, страдающихъ маніей. Чтобы избѣгнуть недоразумѣнія, я считаю умѣстнымъ замѣтить здѣсь, что научный терминъ *манія* не имѣетъ ничего общаго съ тѣмъ. что въ публикѣ извѣстно подъ именемъ «ма́нія»; терминъ «ма́нія» не имѣетъ почти правъ гражданства въ современной научной психіатріи. Въ обыденномъ разговорѣ употребляютъ выраженія: «ма́нія величія, ма́нія изслѣдованія, религіозная ма́нія и т. д.». Научная психіатрія замѣнила упомянутые термины выраженіями: «бредъ преслѣдованія, бредъ величія, религіозный бредъ» и т. д., подразумѣвая подъ этими отдѣльными названіями неопредѣленныя болѣзненныя формы, не нозологическія единицы, а лишь симптомокомплексъ, встрѣчаемый при разныхъ душевныхъ болѣзняхъ.

Подъ *маніей* же мы подразумѣваемъ такое душевное разстройство, гдѣ на первомъ мѣстѣ выступаетъ ускореніе психическаго процесса и облегченіе ассоціативной дѣятельности, часто сопровождающіяся пріятнымъ самочувствіемъ и хорошимъ настроеніемъ, и гдѣ, какъ видно, идетъ дѣло о состояніи почти противоположномъ меланхоліи. Такъ какъ существуютъ различныя степени маніакальнаго состоянія, то и внѣшнее

проявленіе маніи будетъ въ различныхъ случаяхъ не одинаково. Иной разъ болѣзненное состояніе выражается въ легкомъ ускореніи хода идей, въ большей подвижности, чѣмъ это свойственно данному индивидууму, въ нѣкоторой суетливости, ослабленіи задержекъ, причемъ у больного не наблюдается ни бредовыхъ идей, ни галлюцинацій, ни затуманенія сознанія. Не зная о существованіи такого рода душевной болѣзни, можно, конечно, и не замѣтить ея тамъ, гдѣ для психіатра она представляетъ ясные опредѣленные признаки. Не только человѣка изъ общества, но и врача-неспеціалиста, вамъ не удастся убѣдить иногда, что указанное явленіе есть болѣзненное состояніе; иной разъ сами больные въ такомъ состояніи производятъ на неопытнаго человѣка впечатлѣніе здоровыхъ людей, тѣмъ болѣе что подчасъ они бываютъ очень интересны въ разговорѣ, остроумны, общительны; но останавливая вниманіе на такихъ больныхъ, видя ихъ нѣсколько разъ, анализируя ихъ сужденія, вы легко можете убѣдиться, что подъ остроуміемъ кроется легкомысліе, отсутствіе глубины сужденія, замѣтная непослѣдовательность въ мысляхъ, ослабленіе волевыхъ задержекъ, появленіе побочныхъ ассоціацій. Это будетъ легкая степень маніи или маніакальнаго состоянія. Отъ нея мы можемъ представить себѣ цѣлую лѣстницу болѣе рѣзкихъ формъ этой-же болѣзни, причемъ на верху лѣстницы будутъ помѣщаться самыя тяжелыя формы маніи, гдѣ мозговое возбужденіе достигаетъ крайне высокой степени, гдѣ представленія и идеи, смѣняются съ чрезвычайной быстротой, гдѣ больной не успѣваетъ высказать всего, что ему хотѣлось-бы, гдѣ быстрота мыслительнаго процесса опережаетъ вомного разъ иногда способность выражать словесно свои мысли. Въ такихъ случаяхъ двигательное возбужденіе выражается въ весьма бурной формѣ, часто съ безпорядочными движеніями, съ большими разрушительными наклонностями; при этомъ внѣшнее поведеніе больного и его рѣчь могутъ казаться совершенно безсвязными и нецѣлесообразными; но, присматриваясь къ этому больному, вы можете убѣдиться въ томъ, что сознаніе больного яснѣе чѣмъ могло

это показаться съ перваго раза. Смотря по степени возбужденія, можно различить нѣсколько формъ маніакальнаго состоянія; обыкновенно же принято различать 3 степени маніи: *во-первыхъ*, легкую сравнительно форму психическаго возбужденія, называемую *маніакальной экзальтаціей*, когда больной сохраняетъ вполнѣ ясное сознаніе, но когда избыточно проявляющаяся психическая энергія неправильно и нецѣлесообразно распредѣляется и даетъ съ внѣшней стороны картину суетливости, нѣкоторой распущенности, ослабленія волевыхъ задержекъ и т. д. *Вторая* степень маніакальнаго состоянія называется просто маніей; здѣсь уже больной производитъ даже для неопытнаго глаза впечатлѣніе явно больного; здѣсь уже говорливость проявляется съ внѣшней стороны большою непослѣдовательностью и безсвязностью въ разговорѣ; поступки больного, при этомъ становятся менѣе цѣлесообразными; теченіе мыслей пріобрѣтаетъ уже весьма большую скорость; обыкновенно у такихъ больныхъ, особенно при обостреніи болѣзни, появляются какія-нибудь бредовыя идеи, иллюзіи или отрывочныя галлюцинаціи. *Къ третьей* категоріи маніакальныхъ состояній относятся самыя тяжелыя формы маніи, когда двигательное и рѣчевое возбужденіе достигаетъ огромной высоты, когда больной успѣваетъ высказывать лишь обрывки изъ своего вихря идей, когда онъ крайне безпокоенъ, когда аггрессивныя и разрушительныя наклонности могутъ проявляться въ весьма рѣзкой формѣ. Чаще всего встрѣчается маніакальная экзальтація, рѣже обыкновенная манія; тяжелыя-же формы маніи встрѣчаются чрезвычайно рѣдко, особенно за послѣдніе годы. При составленіи объективнаго анамнеза маніакальныхъ больныхъ, конечно, легче всего пропустить періодъ экзальтаціи, которая нерѣдко окружающими, а иногда и врачами-неспеціалистами, не считается за душевную болѣзнь, такъ какъ больной въ такихъ случаяхъ подкупаетъ своею разговорчивостью, бодростью и изощреніемъ памяти; вамъ придется, вѣроятно, обратить вниманіе на болѣзнь тамъ, гдѣ ея при маніакальной экзальтаціи и не подозрѣвали совсѣмъ. Для того

чтобы узнать изъ разспроса окружающихъ, родныхъ или знакомыхъ, не было-ли и нѣтъ-ли у больного маніакальной экзальтаціи, нужно постараться опредѣлить, на основаніи объективнаго разсказа, каковъ былъ характеръ больного. Если вамъ, напр., сообщатъ, что больной имѣлъ всегда ровный характеръ, не былъ суетливъ, былъ не очень разговорчивъ, а потомъ сдѣлался подвижнымъ, общительнымъ, сталъ легко заводить новыя знакомства, сталъ мечтать о разныхъ проектахъ, сдѣлался веселымъ, и если такое состояніе длится продолжительное время и является стойкимъ, то, конечно, прежде всеге надо думать о томъ, нѣтъ-ли у больного маніакальной экзальтаціи. Несомнѣнно, у нѣкоторыхъ лицъ особенности характера проявляются въ такой формѣ, которая съ внѣшней стороны носитъ видъ экзальтаціи; поэтому, всегда нужно стараться въ такихъ случаяхъ опредѣлить обыкновенный характеръ даннаго субъекта; впрочемъ, слѣдуетъ имѣть въ виду, что и характеръ съ возрастомъ также нерѣдко мѣняется; во всякомъ случаѣ, для того чтобы рѣшить вопросъ о маніакальной экзальтаціи въ прошломъ, нужно обратить вниманіе на поведеніе больного и на его поступки. Больной, страдающій маніакальной экзальтаціей, въ состояніи надѣлать всегда массу ненужныхъ и нецѣлесообразныхъ поступковъ; хотя у него и будетъ вырабатываться усиленное количество психической энергіи, но поведеніе и сужденія его будутъ носить характеръ легкомыслія, необдуманности; причемъ онъ будетъ проявлять излишнюю раздражительность, неуживчивость, будетъ плохо спать, нерѣдко и худѣть, несмотря на хорошій аппетитъ. Вслѣдствіе ускореннаго темпа въ ходѣ идей, вслѣдствіе ослабленія волевыхъ задерживающихъ вліяній и вслѣдствіе пониженія активнаго вниманія и разсѣянія его, больной перестаетъ, какъ слѣдуетъ, заниматься своимъ привычнымъ дѣломъ, ему надоѣдаетъ заниматься однимъ и тѣмъ-же предметомъ; является желаніе бросить дѣло, поговорить съ окружающими, вмѣшиваться въ чужія дѣла, пойти развлечься въ театрѣ, въ гостяхъ, на балахъ· про такого больного вамъ могутъ разсказывать, что

будучи до этого скромнымъ, онъ сдѣлался развязнымъ, что онъ сталъ искать для себя болѣе низкія развлеченія, что у него явилось желаніе выпивать, чего, напр., прежде и не было, и т. д. Такъ какъ иной больной становится раздражительнымъ, не можетъ переносить противорѣчій то, подъ вліяніемъ послѣднихъ, онъ начинаетъ приходить въ гнѣвъ, сильно волнуется, заводитъ ссоры и, вообще, приходитъ въ разныя столкновенія съ разными лицами, смотря по своему общественному положенію; поступки больного становятся односторонне—рѣшительными, плохо и недостаточно мотивированными. При малѣйшемъ раздраженіи больной можетъ наговорить дерзостей, начать браниться; но, съ другой стороны, можетъ скоро успокоиться и сознать на время неправильность своихъ поступковъ. Больной, страдающій маніакальной экзальтацiей, бываетъ очень щедръ, дѣлаетъ подарки окружающимъ, становится болтливымъ, постоянно съ кѣмъ-нибудь разговариваетъ, дѣлается крайне надоѣдливымъ, пристаетъ къ окружающимъ съ разнаго рода разспросами или разсказами, очень длинными и пространными о самомъ себѣ. Будучи предоставленъ самому себѣ и подъ вліяніемъ различныхъ неблагопріятныхъ условій на свободѣ, больной чувствуетъ себя хуже; маніакальное состояніе у него усиливается, поведеніе становится болѣе неправильнымъ, и тогда только начинаютъ смотрѣть на маніакальнаго больного, какъ на умственно-разстроеннаго. При составленіи же объективнаго анамнеза нужно всегда стараться опредѣлить дѣйствительное начало болѣзни, а не считать ея лишь съ того періода, который считается окружающими началомъ заболѣванія и который есть лишь обостреніе болѣзни, а не начало ея. Нужно помнить впрочемъ, что предъ развитіемъ маніакальной экзальтаціи, какъ всякаго маніакальнаго состоянія, нерѣдко бываетъ кратковременный періодъ непріятнаго самочувствія и недомоганія, послѣ чего и развивается уже маніакальная экзальтація. Выше мы упомянули о томъ, что *манія* является до нѣкоторой степени противоположностью меланхоліи; въ самомъ дѣлѣ, тамъ мы видѣли заторможеніе психическаго процесса здѣсь имѣемъ уско-

реніе его; тамъ онъ задержанъ, здѣсь облегченъ; тамъ больной угнетенно мраченъ, здѣсь онъ развязно веселъ и оживленъ; тамъ самочувствіе больного крайне дурно и тягостно, здѣсь же, наоборотъ, больной чувствуетъ себя иногда хорошо и легко. Но тутъ нужно оговориться, что у всякаго меланхолика настроеніе является постоянно, хотя и съ колебаніями, мрачнымъ и непріятнымъ, а у маніакальныхъ больныхъ во многихъ случаяхъ настроеніе нельзя назвать пріятнымъ; нерѣдко оно бываетъ у маніаковъ дурнымъ, особенно если болѣзнь ихъ протекаетъ при неблагопріятныхъ условіяхъ, если со стороны окружающихъ они встрѣчаютъ постоянные поводы къ раздраженію себя; но помимо внѣшнихъ условій, здѣсь въ нѣкоторыхъ случаяхъ играетъ большую роль и самый характеръ маніакальнаго состоянія; у нѣкоторыхъ больныхъ, съ появленіемъ маніакальнаго состоянія, развивается не благодушіе, а сварливость, мелкая раздражительность, черствость; такой больной видитъ обиды для себя тамъ, гдѣ ихъ вовсе нѣтъ; ему кажется, что къ нему относятся недостаточно внимательно, безъ уваженія, безъ любви; больной становится весьма эгоистичнымъ, непріятнымъ и несноснымъ въ общежитіи, начинаетъ заводить ссоры, постоянно жалуется па другихъ, говоритъ окружающимъ колкости и т. д.; а въ сущности, несмотря на непріятное самочувствіе, онъ остается настоящимъ маніакальнымъ больнымъ, такъ какъ у него наблюдается ускоренный ходъ мыслей, ослабленіе волевыхъ задержекъ, распущенность, болтливость, суетливость ослабленіе активнаго вниманія. Вотъ почему я и сказалъ, что манія является почти противоположностью меланхоліи. Полною противоположностью послѣдней можно бы назвать, пожалуй, тѣ случаи маніи, гдѣ существуетъ дѣйствительно пріятное самочувствіе и гдѣ настроеніе становится пріятно—блаженнымъ, когда больной находится въ состояніи радостнаго упоенія, *эвфоріи*, какъ говорятъ.

Непріятное самочувствіе съ придирчивостью и ворчливостью наблюдается у нѣкоторыхъ маніакальныхъ больныхъ въ старческомъ возрастѣ а также нерѣдко и въ среднемъ возрастѣ

Иной разъ оольной, страдающій маніакальной экзальтаціей, своимъ поведеніемъ напоминаетъ больного, страдающаго такъ называемымъ сутяжнымъ помѣшательствомъ. Послѣднее съ внѣшней стороны выражается въ томъ, что у больного является болѣзненное стремленіе доказывать свою правоту и обвинять другихъ въ неправильномъ и обидномъ для себя отношеніи; такой больной, самъ же подавая поводъ къ ссорамъ, подаетъ иногда жалобы на своихъ обидчиковъ и притѣснителей, пользуясь для своей мотивировки такими ничтожными промахами со стороны окружающихъ, которые и нельзя ставить другому въ вину. Больной, получивши отказъ въ одномъ учрежденіи, подаетъ въ другое, изъ одной, низшей, инстанціи въ другую, высшую инстанцію. При собираніи объективныхъ данныхъ, касающихся нѣкоторыхъ маніакальныхъ больныхъ, при существованіи у нихъ симптомовъ сутяжничества и вы раженія недовольства окружающимъ вообще, нужно постараться опредѣлить, когда появились эти симптомы. Дѣло въ томъ, что при маніакальной экзальтаціи они появляются почти одновременно съ нею и съ усиленіемъ экзальтаціи также выступаютъ рѣзче; а при сутяжномъ помѣшательствѣ (paranoia querulens) главный симптомъ болѣзни существуетъ помимо экзальтаціи, проявляется въ хронической формѣ развиваясь медленно и постоянно.

Про больного, страдающаго маніакальной экзальтаціей, вамъ будутъ разсказывать родные или окружающіе, что онъ сдѣлался непосѣдливымъ суетливымъ, иногда веселымъ, говорливымъ и болтливымъ, что онъ сталъ проявлять съ внѣшней стороны больше энергіи, чѣмъ ему свойственно въ здоровомъ состояніи. Для того, чтобы опредѣлить начало оолѣзни, нужно постараться изъ разспроса лица, сопровождающаго больного, узнать, когда измѣнился характеръ больного, т. е., съ какого приблизительно времени началось возбужденное состояніе. Опредѣленіе, сколько-нибудь точное, начала заболѣванія маніакальной экзальтаціей, при разспросѣ родныхъ или окружающихъ невсегда представляется легкимъ. Здѣсь,

какъ и во многихъ случаяхъ, точность анамнестическихъ свѣдѣній зависитъ отъ степени наблюдательности и пониманія со стороны окружающихъ. Понятно, что разумное и наблюдательное лицо скорѣе поможетъ вамъ опредѣлить начало болѣзни, чѣмъ лицо не привыкшее къ критическому наблюденію окружающаго. Во многихъ случаяхъ начало маніакальной экзальтаціи нужно считать много раньше, чѣмъ это признается окружающими. При составленіи объективнаго анамнеза вамъ придется обратить вниманіе на разные, мелочные часто факты, по которымъ вы могли бы судить о существованіи у больного уже маніакальной экзальтаціи. Такъ, напр., такой больной начинаетъ чаще выходить изъ дому, больше интересоваться собой, тщательнѣе одѣваться и украшать себя, дѣлается эксцентричнѣе, начинаетъ говорить о влюбленности въ кого-нибудь, иногда собирается въ такомъ состояніи жениться; такой больной имѣетъ наклонность тратить излишнимъ образомъ деньги, покупать такія вещи, которыя не въ маніакальномъ состояніи онъ не купилъ бы и т. д. При составленіи объективнаго анамнеза нужно отмѣтить нѣкоторые факты изъ жизни и поведенія больного, слова и разговоры его, указывающія на существованія у него мозгового возбужденія. При чистой маніакальной экзальтаціи у больного можетъ и не быть иногда опредѣленныхъ бредовыхъ идей, и больной сохраняетъ правильное пониманіе окружающаго; иной же разъ присоединяются бредовыя идеи; изъ нихъ мы упомянули уже объ идеяхъ сутяжничества или обвиненія другихъ въ чемъ-нибудь неправильномъ по отношенію къ нему, т. е. къ больному. Очень часто у больныхъ, страдающихъ маніакальной экзальтаціей, является повышенное представленіе о себѣ, о своихъ способностяхъ, талантахъ, красотѣ, силѣ, могуществѣ и т. д., т. е. идеи величія; при составленіи объективнаго анамнеза нужно обратить вниманіе и на то, нѣтъ ли у больного и такихъ бредовыхъ идей, о чемъ можно судить иногда по разсказамъ окружающихъ.

При существованіи у больного болѣе сильнаго возбужденія, именно въ тѣхъ случаяхъ гдѣ ускореніе въ теченіи идей

достигаетъ болѣе рѣзкой степени, явленія болѣзни выступаютъ болѣе замѣтно для окружающихъ; больной въ этомъ случаѣ становится безпокойнѣе, шумливѣе, еще болѣе говорливымъ; бредовыя идеи и непослѣдовательность въ разговорѣ выступаютъ еще рѣзче; тутъ окружающее уже не сомнѣваются, что данный человѣкъ боленъ. Такъ какъ болѣе сильное мозговое возбужденіе при маніи появляется не сразу, то при составленіи объективнаго анамнеза психическаго заболѣванія въ этомъ случаѣ нужно опредѣлить, не было ли у больного до развитія болѣе сильнаго возбужденія предшествующей маніакальной экзальтаціи, на которую окружающіе не обратили вниманія, какъ на болѣзненное состояніе. Такъ какъ при усиленіи маніакальнаго состоянія непослѣдовательность въ мысляхъ у больныхъ становится весьма замѣтной, то нужно узнать отъ окружающихъ, въ какомъ состояніи находилось сознаніе больного; для этого, вы спрашиваете, узнавалъ ли больной окружающихъ, зналъ ли гдѣ находится, не путался ли во времени. При тяжелыхъ формахъ маніи всѣ симптомы маніакальнаго состоянія достигаютъ высокой степени напряженія. Здѣсь, при распросѣ окружающихъ, конечно, трудно составить себѣ представленіе, не видя больного, имѣемъ ли мы дѣло съ чистой маніей или съ маніакальной спутанностью.

Какой бы формы маніи ни касалось дѣло, нужно спросить не было ли у больного лихорадочнаго состоянія, что нужно, во-первыхъ, для исключенія лихорадочныхъ психозовъ, а во-вторыхъ и для опредѣленія этіологическаго момента; въ нѣкоторыхъ случаяхъ маніакальное состояніе развивается послѣ острыхъ истощающихъ болѣзней.

Манія, какъ единичное и случайное заболѣваніе, если и встрѣчается, то весьма рѣдко. Она чаще всего бываетъ въ формѣ рецидивирующей маніи или одной лишь изъ фазъ циркулярнаго психоза, выражающагося въ смѣнѣ меланхолическаго и маніакальнаго состоянія. Поэтому, когда изъ распроса окружающихъ вы узнали, что у больного существуютъ признаки маніакальнаго состоянія когда вы опредѣлили начало даннаго

приступа маніи и его внѣшнія проявленія, т. е. степень мозгового возбужденія, то всегда нужно спросить, не было ли у больного прежде подобныхъ же, сколько-нибудь продолжительныхъ, приступовъ возбужденнаго состоянія; если такіе приступы въ анамнезѣ отмѣчаются, то нужно выяснить себѣ, когда именно они были, въ какомъ году, въ какомъ возрастѣ, сколько лѣтъ тому назадъ; какими симптомами проявлялась тогда болѣзнь, велико ли было возбужденіе, сколько времени оно длилось, въ какое время года начиналось и въ какое время года оканчивалось. Далѣе, мы замѣтили, что очень часто манія является лишь одной изъ фазъ кругового помѣшательства; поэтому, при существованіи маніакальнаго состоянія слѣдуетъ не только узнать, не было ли у больного прежде приступовъ маніи, но нужно и разспросить также, не было ли у больного приступовъ меланхолическаго или подавленнаго состоянія: если такіе приступы тоже отмѣчаются, то и относительно ихъ надо узнать, когда они были, сколько тянулись, каково ихъ отношеніе къ маніакальнымъ періодамъ т. е., предшествуютъ ли они развитію маніи, или же, наоборотъ сопровождаютъ ее.

Кромѣ психическихъ явленій, у маніакальныхъ больныхъ наблюдаются нѣкоторыя разстройства и со стороны физической сферы. При составленіи объективнаго анамнеза также нужно обращать вниманіе и на эту сторону. Однимъ изъ бросающихся въ глаза признаковъ болѣзни является безсонница, часто совпадающая съ началомъ болѣзни. Та тяжесть и безпокойство, которыя причиняетъ маніакальный больной окружающимъ, увеличиваются еще и тѣмъ, что больной плохо спитъ, встаетъ по ночамъ, будитъ другихъ, мѣшаетъ имъ спать и т. д. Въ исторіи болѣзни нужно отмѣтить, когда пересталъ хорошо больной спать, сколько онъ спитъ, какъ ведетъ онъ себя по ночамъ. Иногда въ анамнезѣ маніакальныхъ больныхъ отмѣчается упорнѣйшая безсонница, не сопровождающаяся утомленіемъ.

Многіе маніакальные больные, въ періодъ этой болѣзни, начинаютъ усиленно ѣсть, хотя и ѣдятъ иногда небрежно, торопливо,

урывками, плохо пережевывая пищу. Нѣкоторые больные, несмотря на усиленное питаніе худѣютъ, выглядятъ блѣдными, осунувшимися, на что̀ обращаютъ вниманіе даже мало наблюдательныя лица.

Переходимъ теперь къ разбору того, какъ изслѣдовать маніакальнаго больного, какъ держать себя съ нимъ, на что̀ обращать вниманіе. Многіе больные этой категоріи, особенно заболѣвающіе въ первый разъ, не считаютъ себя больными, выражаютъ нежеланіе лѣчиться или ѣхать къ врачу; по отношеніи къ нимъ окружающіе нерѣдко прибѣгаютъ къ обманамъ и привозятъ больного къ врачу или врача къ больному подъ какимъ-нибудь инымъ предлогомъ, а не по поводу болѣзни. Какъ бы маніакальный больной ни протестовалъ противъ лѣченія, какъ-бы васъ ни упрашивали принять участіе въ этомъ обманѣ, лучше всего не скрывать передъ больнымъ, при первой же встрѣчѣ съ нимъ, что вы врачъ; обманы въ подобныхъ случаяхъ, гдѣ дѣло касается больныхъ съ яснымъ сознаніемъ, не приносятъ никакой пользы; а могутъ лишить васъ довѣрія и расположенія къ вамъ больного, если онъ узнаетъ, что вы его обманули. Если даже больной и разсердится на то, что его привезли къ врачу, то вы можете въ большинствѣ случаевъ сравнительно легко успокоить больного, поговоривши съ нимъ, выслушавъ его жалобы на окружающихъ, на родныхъ, его пространный съ маніакальными отступленіями разсказъ. Чѣмъ внимательнѣе вы выслушаете больного, чѣмъ ласковѣе и мягче отнесетесь къ нему, тѣмъ болѣе вліянія пріобрѣтете надъ нимъ тѣмъ иной разъ больше онъ будетъ слушаться васъ и тѣмъ аккуратнѣе будетъ исполнять ваши совѣты. И такъ, прежде всего нужно стараться пріобрѣсти расположеніе маніакальнаго больного; это въ большинствѣ случаевъ дается легко и зависитъ отъ обходительности и такта врача, отъ внимательнаго и дружелюбнаго отношенія врача къ больному, отъ заботливости о больномъ безъ допущенія обмана.

Такъ какъ маніакальный больной вообще много говоритъ и болтливъ, то разговаривать съ такимъ больнымъ и распра-

шивать его не трудно, такъ какъ онъ самъ, своимъ разговоромъ и поведеніемъ, покажетъ вамъ себя, продемонстируетъ главные симптомы своей болѣзни. Только нѣкоторые маніакальные больные изрѣдка могутъ воздерживаться отъ разговора съ врачемъ и навремя постараться много не говорить съ нимъ; но это у маніака продолжается сравнительно недолго.

Когда вы изслѣдуете маніакальнаго больного, то, предложивши ему два—три вопроса по поводу его здоровья, вы начинаете, молча, не перебивая его, выслушивать то, о чемъ онъ вамъ разсказываетъ. Конечно, если больной предлагаетъ вамъ съ своей стороны какой-нибудь вопросъ, то на него нужно такъ или иначе отвѣтить, по возможности проще. При разговорѣ съ маніакальнымъ больнымъ вы прежде всего обращаете вниманіе на степень ускоренія въ теченіи идей. Тутъ вы убѣждаетесь, что больной говоритъ много, возбужденъ, волнуется, разсказываетъ безъ умолку, безъ остановки, вводитъ въ свои разсказы много лишняго, дѣлаетъ массу непужныхъ отступленій, постоянно уклоняется въ сторону. Такому больному трудно разсказывать послѣдовательно; вы постоянно убѣждаетесь въ томъ, что при разсказѣ о чемъ-нибудь въ сознаніи больного всплываютъ побочныя представленія и идеи, появляются случайныя сочетанія и связи между идеями; больной плохо управляетъ своимъ активнымъ вниманіемъ, которое разсѣивается на массѣ мелочей и подробностей; у него наблюдается ослабленіе той направляющей и регулирующей силы нашего ума, безъ которой невозможна правильная психическая дѣятельность. Въ своемъ разсказѣ больной постоянно теряетъ нить разговора, если не направлять его вниманіе въ ту ли другую сторону разсказа. Если вы своимъ вмѣшательствомъ руководите мыслями больного, замѣняя ему недостатокъ у него активнаго вниманія, то вы можете хорошо разспросить иногда больного, узнать отъ него объ его болѣзни большія подробности. Иной больной въ своемъ разсказѣ передаетъ вамъ жалобы на разныхъ лицъ, высказываетъ обиды на то или другое лицо; въ этомъ случаѣ больной можетъ пожаловаться вамъ на то что у него настроеніе дурное, что оно и не можетъ

быть инымъ, такъ какъ ему приходится будто-бы терпѣть много несправедливаго со стороны окружающихъ. Иногда больной, на вопросъ о настроеніи, скажетъ вамъ, что у него прекрасное настроеніе, что онъ чувствуетъ себя бодро, легко, хорошо, весело, что будущее рисуется ему въ свѣтломъ и радужномъ видѣ, что у него много энергіи, что онъ чувствуетъ, что онъ теперь поумнѣлъ, сталъ сообразительнѣе, способнѣе къ разнымъ дѣламъ и занятіямъ, что онъ сталъ замѣчать у себя такія способности, которыхъ у него не было прежде вовсе; маніакальный больной нерѣдко проявляетъ склонность къ шуткамъ, остротамъ, разнымъ каламбурамъ, неожиданнымъ и смѣшнымъ сравненіямъ; нерѣдко такой больной въ разговорѣ скажетъ ръ рифму.

Итакъ, прежде всего въ разговорѣ съ больнымъ вы опредѣляете степень мозгового возбужденія, скорость теченія идей въ практическомъ отношеніи имѣетъ значеніе и опредѣленіе настроенія больного, такъ какъ больной, жалующійся много на окружающихъ, будетъ иной разъ и въ больничной обстановкѣ менѣе уживчивымъ и благодушнымъ; хотя, впрочемъ нужно замѣтить, что перѣдко бываетъ и такъ, что маніакальный больной дома. подъ вліяніемъ раздражающихъ условій со стороны непонимающихъ его окружающихъ, постоянно раздражался, жаловался и часто приходилъ въ гнѣвъ, а при болѣе благопріятныхъ условіяхъ становится благодушнѣе довольнѣе.

Такъ какъ при маніакальномъ состояніи нерѣдко бываютъ колебанія и такъ какъ иногда мозговое возбужденіе достигаетъ болѣе высокой степени, то нужно спросить больного, нѣтъ-ли или не было-ли у него во время болѣзни, какихъ-нибудь ложныхъ представленій въ глазахъ, не мерещилось-ли ему что-нибудь, не видѣлъ-ли онъ какую-нибудь перемѣну въ окружающихъ лицъ. Если были у него какіе-нибудь зрительные обманы иллюзіи и галлюцинаціи, то больной и разскажетъ самъ объ этомъ охотно, обыкновенно не скрывая. Слѣдуетъ также спросить, не бываетъ ли или не было-ли какихъ-нибудь слуховыхъ

ложныхъ ощущеній, отрывочныхъ, напр., звуковъ, голосовъ. Тоже самое, нужно задать больному вопросъ и объ обонятельныхъ ощущеніяхъ, вкусовыхъ и осязательныхъ. Относительно обонятельныхъ ложныхъ ощущеній можно спросить, напр., о томъ, не казались-ли больному-какіе нибудь запахи, не бывшіе на самомъ дѣлѣ; относительно ложныхъ вкусовыхъ ощущеній можно предложить вопросъ, напр., о томъ, не казалось-ли ему пища неестественно дурного вкуса или какого-нибудь особеннаго вкуса. По поводу ложныхъ осязательныхъ ощущеній можно спросить, напр., не ощущалъ-ли больной чего-нибудь у себя въ тѣлѣ, не казалось-ли ему, что изъ него исходитъ особая сила и т. д. Конечно, вопросы о всѣхъ этихъ ложныхъ ощущеніяхъ можно и нужно задавать не всѣмъ больнымъ; если вы видите, что у больного существуетъ легкая форма маніакальнаго состоянія, маніакальная экзальтація, то предлагать вопросы объ этомъ часто неудобно совсѣмъ; больной можетъ обидѣться иногда на васъ и заявить, что онъ вовсе не такой больной, чтобы у него были такія явленія. Но, другое дѣло, если вы замѣчаете и констатируете у больного бо́льшую степень мозгового возбужденія, бо́льшую безсвязность въ разговорѣ, если вы отмѣчаете существованіе бредовыхъ идей, если вамъ сообщили окружающіе такіе факты, которые свидѣтельствовали о томъ, что у больного были признаки растерянности и хотя-бы легкаго затуманенія сознанія. Затемненіе сознанія и связанное съ нимъ появленіе различныхъ отрывочныхъ бредовыхъ идей и ложныхъ ощущеній у маніакальныхъ больныхъ во многихъ случаяхъ совершенно отсутствуютъ, особенно при легкой формѣ маніи; а при среднихъ ступеняхъ мозгового возбужденія являются указанные симптомы лишь спорадическимъ фактомъ, случайнымъ и вовсе не обязательнымъ для маніи, чѣмъ послѣдняя отличается отъ маніакальной спутанности сознанія, гдѣ послѣдняя является главнымъ и стаціонарнымъ симптомомъ. Но явленія растерянности, неясности сознанія, съ отрывочными обманами со стороны различныхъ органовъ чувствъ, рѣзче всего выступаютъ при тяжелыхъ формахъ маніи, гдѣ двигательное

возбужденіе и рѣчевое возбужденіе достигаютъ весьма высокой степени; здѣсь всетаки наблюдается иная картина болѣзни, нежели при маніакальной аменціи, т. е., при маніакальной спутанности сознанія.

Для дополненія объективныхъ данныхъ, полученныхъ отъ лица, сопровождающаго больного, нужно разспросить еще и самого больного по поводу его болѣзни. Такъ какъ маніакъ сохраняетъ сознаніе окружающаго, такъ какъ память его изощрена, то, направляя вниманіе его въ извѣстную сторону, можно въ огромномъ большинствѣ случаевъ узнать точнѣе, именно со словъ больного, когда измѣнилось его настроеніе; во многихъ случаяхъ больной опредѣляетъ точнѣе время своего заболѣванія, чѣмъ лица, окружающіе его. Нужно больного спросить и о томъ, не было ли когда-нибудь прежде у него приступовъ возбужденнаго состоянія; а если такіе приступы бывали, то слѣдуетъ постараться узнать отъ него, когда такіе приступы болѣзни бывали, сколько времени тянулись, въ чемъ выражались, не осложнялись ли они бредовыми мыслями и обманами со стороны органовъ чувствъ. Далѣе, спрашиваемъ больного о томъ, не было ли у него между приступами возбужденнаго состоянія періодовъ подавленнаго и угнетеннаго настроенія, нежеланія жить или стремленія даже покончить съ собою.

При изслѣдованіи маніакальнаго больного, какъ сказано выше, намъ нужно опредѣлить степень ускоренія въ теченіи идей, т. е., степень мозгового возбужденія; ради простоты, какъ мы сказали выше, всѣ формы маніи искусственно раздѣляются на три категоріи: легкую форму, среднюю и тяжелую. Во всѣхъ случаяхъ основнымъ элементомъ является усиленное теченіе идей и представленій; это будетъ первичный симптомъ; затуманеніе же сознанія нужно считать въ этихъ случаяхъ лишь вторичнымъ явленіемъ. Тоже самое, къ осложняющимъ симптомамъ слѣдуетъ относить и появленіе рѣзко выраженныхъ бредовыхъ идей и обмановъ органовъ чувствъ. Настроеніе же бываетъ невсегда одинаковое; то оно благо-

душно-веселое, то непріятное и придирчивое, то колеблющееся со взрывами сильныхъ аффектовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ маніакальное состояніе развивается въ формѣ рецидивирующей маніи, иногда на какой-нибудь специфической почвѣ, напр,, на почвѣ резонерства, безплодныхъ и безцѣльныхъ разсужденій и умствованій. Если манія развивается у больного, наклонного къ резонированію, то съ внѣшней стороны она пріобрѣтаетъ нѣкоторыя особенности Резонерство больного въ такихъ случаяхъ будетъ касаться различныхъ предметовъ, смотря по его общественному положенію и умственному развитію и интересамъ. Такъ какъ память у маніака изощрена, то онъ легко припоминаетъ все, что читалъ или слышалъ отъ другихъ, и вотъ онъ начинаетъ разсуждать на разныя темы, дѣлаетъ иногда остроумныя сопоставленія,—но вы всегда увиді те ясно, что разсужденія больного неглубоки, легкомысленны, что въ сущности онъ не знаетъ и не понимаетъ того, о чемъ говоритъ; иной разъ у больного резонера, заболѣвшаго маніакальной экзальтаціей, является стремленіе къ постояннымъ разсужденіямъ, часто очень сложнымъ и отвлеченнымъ. И такъ, мы можемъ встрѣтить у маніакальнаго больного и проявленіе сутяжничества, и проявленіе своеобразнаго резонерства, и большое, постоянное недовольство окружающимъ. Многое зависитъ во внѣшнемъ проявленіи болѣзни и отъ той почвы, на которой развивается маніакальное состояніе, и отъ возраста больного, и отъ индивидуальныхъ особенностей его характера.

Помимо выше указанныхъ симптомовъ, при изслѣдованіи маніакальнаго больного, мы обращаемъ вниманіе и на его поведеніе, и на выраженіе лица. Мимика у маніака подвижная, жестикуляція усилена; ему трудно подолгу сидѣть на одномъ мѣстѣ. Дожидаясь врача, больной, страдающій маніей, постоянно находитъ что-нибудь для своего развлеченія: то онъ знакомится и заговариваетъ съ новыми для него лицами и тутъ начинаетъ во все вмѣшиваться, расхаживать свободно повсюду, заглядывать въ разныя комнаты; все то ему интересно, все то при-

влекаетъ его вниманіе, хотя послѣднее быстро однимъ утомляется и переходитъ на другое. Говоря о такого рода поведеніи, я не имѣю, конечно, въ виду рѣдко встрѣчающихся формъ тяжелой маніи, гдѣ больного нельзя предоставить свободно самому себѣ, гдѣ двигательное возбужденіе очень велико. Далѣе, самъ больной, при разспросѣ, разскажетъ вамъ, какъ онъ спитъ, причемъ онъ самъ отмѣтитъ, что спитъ очень плохо. Изъ другихъ физическихъ симптомовъ можно отмѣтить еще и часто бывающее у маніакальныхъ больныхъ усиленное половое возбужденіе. Объ этомъ вы можете узнать и отъ самого больного, который будетъ жаловаться вамъ, что его безпокоять частыя поллюціи, напр.; у маніакальныхъ больныхъ повышенный эротизмъ выражается иногда и въ цинизмѣ, разсказываніи скабрезныхъ и неприличныхъ исторій, въ усиленномъ ухаживаніи за лицами другого пола, въ злоупотребленіями половыми сношеніями. Иной разъ это выражается въ столь рѣзкой формѣ, что требуетъ спеціальнаго лѣченія направленнаго къ подавленію полового возбужденія.

У маніаковъ, вслѣдствіе того, что они много и усиленно говорятъ, нерѣдко распѣваютъ громко пѣсни, голосъ становится нечистымъ, нѣсколько хриплымъ, иногда появляются въ горлѣ замѣтное раздраженіе. Вслѣдствіе говорливости въ глоткѣ нерѣдко ощущается сухость. Губы также часто представляются сухими; около угловъ рта у нѣкоторыхъ больныхъ видны слѣды слюны. Выраженіе глазъ у маніаковъ также имѣетъ нѣкоторыя особенности, но мало уловимыя и нелегко поддающіяся описанію; у многихъ изъ нихъ глаза становятся блестящими; лицо у многихъ маніаковъ, даже несмотря на существованіе хорошаго самочувствія, блѣдно, носитъ слѣды физическаго утомленія, хотя больной и не испытываетъ его вовсе и не жалуется на него.

У нѣкоторыхъ больныхъ наблюдается измѣненіе пульса, который дѣлается болѣе ускореннымъ, чѣмъ это свойственно данному субъекту въ нормальномъ состояніи. Иной разъ въ теченіи маніакальнаго состоянія появляется хотя и незначи-

тельное, повышенiе температуры, которая нѣкоторое время остается, если не фебрильной, то субфебрильной.

Если вы нашли нужнымъ помѣщенiе маніака въ больницу или въ лѣчебницу, то нужно сдѣлать это, не прибѣгая къ обману. Поговоривши съ больнымъ болѣе или менѣе продолжительное время, вы говорите ему, что находите его нездоровымъ и совѣтуете ему полѣчиться въ больницѣ. Многiе больные охотно соглашаются остаться въ больницѣ, другiе же начинаютъ протестовать противъ этого; тогда нужно еще постараться уговорить больного, еще посидѣть съ нимъ, выслушать еще его разсказы. Иной разъ, подъ влiянiемъ такого обращенiя, больной наконецъ соглашается и остается въ больницѣ. Иногда, ради избѣжанiя взрыва гнѣвнаго аффекта у больного, вы сами сопровождаете его въ отдѣленiе для больныхъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больного не удается никакъ уговорить остаться у васъ въ больницѣ, а между тѣмъ это для него необходимо, приходится сказать больному, что окончательно рѣшено, что онъ долженъ остаться въ больницѣ, что это для него необходимо, что лучше остаться ему въ больницѣ добровольно; во всякомъ случаѣ, для помѣщенiя больного употребить временное принужденiе лучше, чѣмъ допустить обманъ. Нужно замѣтить, что при умѣломъ обращенiи съ больными случаи примѣненiя, при помѣщенiи ихъ въ больницу, временнаго принужденiя встрѣчаются сравнительно рѣдко. Чѣмъ больше вы будете уговаривать больного, чѣмъ больше потратите для этого своего времени, чѣмъ съ меньшей поспѣшностью сдѣлаете это, тѣмъ меньше и рѣже придется прибѣгать вамъ къ употребленiю принужденiя при помѣщенiи его въ больницу.

Лекція пятая.

Для правильной постановки діагноза маніи у даннаго больного нужно не только рѣшить вопросъ о характерѣ маніакальнаго состоянія и опредѣлить не есть ли оно одна изъ фазъ циркулярнаго психоза. Какъ мы видѣли выше, манія почти всегда является или въ видѣ рецидивирующаго психоза—рецидивирующей маніи или одной изъ фазъ циркулярнаго психоза. Но этого мало, при дифференціальной діагностикѣ нужно всегда имѣть въ виду и то обстоятельство, что кромѣ маніи существуетъ маніакальное состояніе—status maniacalis; маніакальное же состояніе можетъ быть однимъ изъ сопутствующихъ симптомовъ при различныхъ душевныхъ болѣзняхъ. Изъ нихъ при дифференціальной діагностикѣ нужно имѣть въ виду различныя болѣзни: маніакальную аменцію или маніакальную спутанность сознанія, такъ называемую *vesania maniacalis*, маніакальное состояніе при прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоуміи, при экспансивной формѣ паранойи и т. д Начнемъ съ разбора того, чѣмъ отличается въ діагностическомъ отношеніи маніакальная спутанность сознанія или маніакальная аменція отъ чистой маніи. Послѣдняя характеризуется тѣмъ, что сознаніе у больного остается неспутаннымъ, незатуманеннымъ, непомраченнымъ, — по крайней мѣрѣ при болѣе слабыхъ степеняхъ и при средней степени маніакальнаго возбужденія мозговой дѣятельности. Такого рода больной можетъ правильно оріентироваться въ окружающемъ пра-

вильно называть окружающихъ по именамъ, легко запоминаетъ; если иногда маніакъ и называетъ постоянно неправильно кого-нибудь изъ окружающихъ лицъ, то можно убѣдиться, что это дѣлается больнымъ, какъ будто ради шутки, а несерьезно. Иной разъ у васъ является мысль, дѣйствительно-ли можетъ оріентироваться сколько-нибудь правильно въ окружающемъ маніакъ, быстро говорящій и притомъ непослѣдовательно; но, останавливая вниманіе больного, фиксируя его вниманіе на предлагаемомъ вопросѣ, удается очень часто получать правильный отвѣтъ. Больной же, страдающій маніакальной формой аменціи, ведетъ себя менѣе послѣдовательно; рѣчь его безсвязнѣе, непослѣдовательнѣе, менѣе разнообразна, иногда въ ней наблюдаются однообразныя повторенія: такой больной поетъ, кричитъ, шумитъ, называетъ окружающихъ неправильно по именамъ, связываетъ бредъ съ опредѣленными лицами, раздражается подъ вліяніемъ своихъ бредовыхъ идей и обмановъ со стороны органовъ чувствъ, кувыркается, обнаруживаетъ массу безпорядочныхъ движеній; изъ всего поведенія и разговора, представляющаго наборъ безсвязныхъ фразъ, вы видите иной разъ ясно, что имѣете дѣло не съ маніакомъ, а съ больнымъ, страдающимъ маніакальной аменціей или маніакальной спутанностью сознанія, что̀ въ діагностическомъ отношеніи не одно и тоже. Обыкновенно бываетъ такъ, что при маніакальной спутанности сознанія маніакальное состояніе даже достигаетъ не очень большой степени, а симптомы растерянности и плохой оріентировки въ окружающемъ выступаютъ рѣзко; изъ безсвязнаго разговора у такого больного мы можемъ иногда легко составить себѣ представленіе, понимаетъ ли больной, гдѣ находится, кто его окружаетъ и т. д.; иногда нужно для рѣшенія діагностическаго вопроса спросить больного, гдѣ по его мнѣнію онъ находится, спросить, указавъ на окружающихъ лицъ, за кого онъ ихъ принимаетъ: иной разъ отвѣты больныхъ ясно обнаруживаютъ, что больной находится въ состояніи маніакальной аменціи, а не страдаетъ чистой маніей, для которой характерно сохраненіе сознанія Сознаніе можетъ, ко-

нечно, разстроиться и у маніака; но здѣсь помраченіе сознанія является лишь осложняющимъ и временнымъ симптомомъ; если же у маніака сознаніе оказывается затемненнымъ продолжительное время, напр., нѣсколько мѣсяцевъ, то уже должно быть сомнѣніе, имѣемъ ли мы дѣло съ чистой формой маніи, а не съ маніакальной аменціей. Поэтому, когда вы видите предъ собою возбужденнаго, маніакальнаго больного, который проявляетъ двигательное возбужденіе, много и безсвязно говоритъ, котораго иногда приходится удерживать въ постели, нужно задаваться вопросомъ, страдаетъ ли больной маніей или же маніакальной формой аменціи, т. е., маніакальной спутанностью сознанія. Нѣкоторые врачи, даже спеціалисты, считаютъ и называютъ маніей тѣ случаи, гдѣ больной страдаетъ, собственно говоря, маніакальной аменціей. Для правильной діагностики нужно обращать вниманіе на состояніе сознанія. Если же у больного вы видите очень большую говорливость, если вы видите, что мысли больного проносятся въ его головѣ съ необычайной скоростью, то тутъ, съ другой стороны, также не слѣдуетъ торопиться ставить діагностику маніакальной аменціи, несмотря на то, что рѣчь больного отличается большою безсвязностью и непослѣдовательностью; по осмысленной мимикѣ больного, по его поведенію, иногда правильному, по попадающимся въ его рѣчи иной разъ мѣткимъ замѣчаніямъ насчетъ окружающаго, вы можете догадаться, что больной находится не въ такомъ безсмысленномъ состояніи, какъ это можетъ показаться съ перваго раза. Иногда же съ перваго раза даже трудно рѣшить, съ чѣмъ имѣемъ дѣло, съ маніей ли или же съ маніакальной аменціей.

На границѣ между маніей и маніакальной спутанностью стоитъ, такъ называемая, *vesania maniacalis*; это будетъ смѣшанная форма. Съ внѣшней стороны, больные, страдающіе *vesania maniacalis*, походятъ больше на маніаковъ, а не на маніакальныхъ аментиковъ; больной находится при этомъ также въ возбужденномъ состояніи, шумитъ, сердится на окружающихъ можетъ правильно отвѣтить на вопросъ но бросается

въ глаза существованіе у него массы бредовыхъ идеи, иногда стойкихъ, но непослѣдовательныхъ, несистематизированныхъ различнаго содержанія, то съ характеромъ величія, то съ характеромъ преслѣдованія; такой больной не вѣритъ, что вь врачъ, сердится на васъ, принимаетъ васъ за знакомое лицо ему почему-либо непріятное, не слушается вашихъ уговоровъ, подозрѣваетъ окружающихъ въ безнравственныхъ и преступныхъ поступкахъ, смѣшиваетъ сны съ дѣйствительностью; себя же такой больной называетъ то происходящимъ изъ знатнаго рода, то пророкомъ и пр.; за кого больной принимаетъ васъ, такъ онъ и относится къ вамъ; то сердится на васъ, считая васъ своимъ врагомъ, то съ вами въ хорошихъ отношеніяхъ, то вдругъ можетъ ударить васъ. Когда вы говорите такому больному, что вы врачъ, онъ часто этому не вѣритъ. Въ разговорѣ такой больной также непослѣдователенъ. У него можно наблюдать три различныхъ, между собою сочетанныхъ, элемента: 1) маніакальное состояніе, т. е., двигательное и рѣчевое возбужденіе; 2) много бредовыхъ идей, то мѣняющихся, то болѣе стойкихъ; слѣдовательно, у такого больного можно констатировать элементы остраго первичнаго помѣшательства или паранойи; 3) такой больной путается въ окружающемъ, такъ какъ невѣрно опредѣляетъ время и лицъ, съ которыми ему приходится имѣть дѣло; слѣдовательно, здѣсь имѣются элементы аментивнаго состоянія. Поэтому-то, *vesania maniacalis* относится къ числу смѣшанныхъ формъ, ибо она содержитъ элементы, входящіе въ составъ маніи, аменціи и паранойи. Отъ чистой маніи *vesania maniacalis* отличается тѣмъ, что у больного во второмъ случаѣ наблюдается много отрывочныхъ бредовыхъ идей преслѣдованія, съ неправильной оцѣнкой окружающаго, что заставляетъ больного сильно раздражаться и сердиться на окружающихъ; кромѣ того, у больного, страдающаго *vesania maniacalis*, наблюдается, сравнительно съ чисто маніакальнымъ больнымъ, неспособность хорошо оріентироваться во времени и пространствѣ.

Если правильная и точная дифференціальная діагностика

маніи, маніакальной аменціи и *vesania maniacalis* не имѣетъ иногда особеннаго значенія въ прогностическомъ смыслѣ, то нельзя того же сказать о маніакальномъ состояніи при прогрессивномъ параличѣ. Если вы имѣете дѣло съ больнымъ, средняго возраста, у котораго симптомы маніи съ яснымъ сознаніемъ развились впервые, то прежде всего должна явиться мысль, нѣтъ-ли у больного начинающагося прогрессивнаго паралича; этимъ вопросомъ нужно задаваться особенно тамъ, гдѣ въ анамнезѣ встрѣчается сифилитическая инфекція. Дѣло въ томъ, что манія, какъ рецидивирующій психозъ или какъ одна изъ фазъ циркулярнаго или кругового психоза, начинается обыкновенно съ молодыхъ лѣтъ, а не съ средняго возраста. Манія же, начинающаяся въ среднемъ возрастѣ, особенно у мущинъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказывается лишь психозомъ, предшествующимъ развитію прогрессивнаго паралича. Прогрес сивный параличъ помѣшанныхъ, тѣсно связанный съ существованіемъ сифилиса, проявляется въ постепенномъ и увеличивающемся наростаніи явленій физической и умственной слабости, больной слабѣетъ и глупѣетъ постепенно и неу держимо и въ концѣ-концовъ совсѣмъ погибаетъ; вотъ на почвѣ-то прогрессивнаго паралича и могутъ развиться иногда, но необязательно всегда, маніакальные симптомы, причемъ внѣшнее проявленіе ихъ будетъ невсегда одинаково, смотря потому, когда и въ какомъ періодѣ прогрессивнаго паралича разовьется этотъ прибавокъ. Слѣдовательно, въ такихъ случаяхъ можно говорить о сочетаніи двухъ различаныхъ болѣзненныхъ состояній; 1) основной болѣзни—прогрессивнаго паралича и 2) прибавочнаго, сочетаннаго съ нимъ состоянія—маніакальнаго состоянія. Если послѣднее развивается тогда, когда нѣтъ еще рѣзкихъ симптомовъ прогрессивнаго паралича, т. е. когда умственная слабость у больного выражена нерѣзко, то и маніакальное состояніе тогда мало чѣмъ можетъ иногда отли чаться отъ чистой маніи; тутъ будутъ та же говорливость, суетливость, стремленіе двигаться безъ цѣли, неспособность сосредоточить вниманіе и т. д. Тутъ трудно съ положительностью поставить

діагностику; нужно искать, конечно, признаковъ, указывающихъ на органическое пораженіе головного мозга, именно нужно обратить самое тщательное вниманіе на разспросъ о сифилисѣ, на состояніе зрачковъ, на трясеніе въ рукахъ, дрожаніе въ языкѣ, на состояніе колѣнныхъ рефлексовъ, разстройство рѣчи и почерка, на мимику больного и т. д. Если маніакальное состояніе развивается при прогрессивномъ параличѣ, уже съ рѣзко выраженными симптомами, только что перечисленными и указывающими на органическое пораженіе головного и спинного мозга, то и характеръ маніакальнаго состоянія окрашивается нѣкоторыми и при томъ весьма характерными особенностями. У такого маніакальнаго больного появляется характерный бредъ величія, по существованію котораго иногда можно поставить правильную діагностику и сказать съ увѣренностью, что имѣете дѣло съ маніакальной формой прогрессивнаго паралича. Больной начинаетъ строить разные проекты, воображаетъ себя богачемъ, .миллiонеромъ; говоритъ, что онъ такъ богатъ, что и счету нѣтъ его деньгамъ; начинаетъ собираться строить дома, церкви, села, города, столицы; увѣряетъ, что онъ можетъ купить много земли, домъ, дома, село, города, весь земной шаръ, что онъ выше царей. Конечно, у различныхъ паралитиковъ внѣшнее проявленіе грандіознаго бреда будетъ неодинаковое, что̀ зависитъ отъ пола, отъ общественнаго положенія, отъ умственнаго развитія, отъ умственной слабости и отъ многихъ другихъ обстоятельствъ; женщины-паралитички, напр., могутъ говорить не о томъ, что у нихъ много денегъ, а о томъ, что у нихъ много разныхъ матерій, платьевъ, дорогихъ и необыкновенныхъ; бредъ банкира будетъ отличаться, можетъ быть, отъ бреда простого крестьянина, который денежное богатство считаетъ сотнями или, самое большее, тысячами. Больной паралитикъ съ маніакальнымъ состояніемъ обѣщаетъ одарить и облагодѣтельствовать всѣхъ окружающихъ, родныхъ, знакомыхъ, весь свѣтъ; обѣщаетъ всѣмъ тысячи десятки тысячъ, миллiоны, миллiарды и т. д.

У такого больного является стремленіе, какъ и у всякаго

маніака, къ покупкамъ; больной идетъ въ магазинъ заказываетъ покупки, но дѣлаетъ ихъ въ грандіозныхъ размѣрахъ; напр бѣдный чиновникъ, еле пробивающійся на свое жалованье, заказываетъ на тысячу рублей сбруи для лошадей, которыхъ онъ надѣется купить въ будущемъ, или покупаетъ сотни ненужныхъ вещей, или дѣлаетъ оптовыя закупки какого-нибудь товара на большія суммы для будущей торговли, которая рисуется его воображенію непремѣнно въ грандіозныхъ размѣрахъ. Если такой больной собирается жениться, то онъ можетъ говорить, что его будутъ вѣнчать тысячи священниковъ, что у него тысячи невѣстъ что у него будутъ тысячи или еще того больше дѣтей и т. д.

Уже по одному такому бреду или зная о немъ лишь по разсказамъ, можно заранѣе сказать, что имѣемъ дѣло съ маніакальной формой прогрессивнаго паралича. Ни при какомъ другомъ маніакальномъ состояніи не наблюдается столь характернаго и своеобразнаго бреда величія и богатства: *это будетъ, такъ называемый, грандіозный бредъ прогрессивнаго паралитика.* Но больной можетъ мѣнять содержаніе своего бреда; такъ какъ при этомъ у больного существуетъ слабость памяти и соображенія, то онъ можетъ сказать одно, забыть это, сказать иное; его можно заставить развивать свой бредъ; такъ, напр., спросивши у больного, какъ онъ пишетъ, вы можете получить отвѣтъ, что онъ пишетъ прекрасно, отлично; спросивши его не пишетъ-ли онъ сочиненій какихъ-либо, можете получить отвѣтъ, что онъ много написалъ стиховъ, сочиненій, разныхъ книгъ, что то, что извѣстно подъ сочиненіями Л. Толстого, Гоголя, Тургенева и другихъ, что все это написано имъ, больнымъ. Если спросить больного, богатъ-ли онъ, онъ отвѣтитъ, что онъ богатъ; а если спросите, много ли у него денегъ, не тысячи-ли, не милліоны-ли, онъ будетъ увѣрять и то, и другое. Больной можетъ сказать, что онъ прекрасно рисуетъ, что онъ нарисовалъ много знаменитыхъ классическихъ картинъ; можетъ сказать, что онъ обладаетъ большою физической силой, что онъ можетъ поднять нѣсколько пудовъ, десятковъ пудовъ,

тысячъ пудовъ и т. д. Понятно, конечно, что различные маніакальные паралитики высказываютъ различный грандіозный бредъ.

Маніакальныя формы прогрессивнаго паралича за послѣдніе годы встрѣчаются рѣже, чѣмъ прежде, когда онѣ были чаще. Маніакальное состояніе у прогрессивнаго паралитика можетъ скоро прекратиться, но прогностика остается у него въ общемъ безусловно дурной, такъ какъ основная болѣзнь, прогрессивный параличъ, будетъ продолжать свое разрушительное дѣйствіе головного мозга и всего организма

Кромѣ названныхъ излѣчимыхъ болѣзней, какъ маніакальной аменція и vesania maniacalis и такой тяжелой и неизлѣчимой болѣзни, какъ прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, маніакальное состояніе можетъ присоединиться къ нѣкоторымъ формамъ хроническаго первичнаго помѣшательства, гдѣ одновременно съ маніакальнымъ состояніемъ существуетъ опредѣленный хроническій бредъ, при ясномъ сознаніи и пониманіи окружающаго; сюда относятся такъ называемыя экспансивныя формы паранойи. Такой больной, при ясномъ, съ формальной стороны, сознаніи будетъ много и долго, съ большими отступленіями, развивать предъ вами свой бредъ, разсказывать, напр., о томъ, что онъ одаренъ особой сверхестественной силой, что онъ посредникъ между людьми и божествомъ, что силы природы ему повинуются, что онъ научился утилизировать ихъ сверхестественнымъ образомъ; больной все хорошо помнитъ по отношеніе его къ окружающимъ неправильное и бредовое, часто враждебное; отъ обыкновеннаго больного, страдающаго хроническимъ первичнымъ помѣшательствомъ, такой больной отличается существованіемъ у него маніакальнаго состоянія, выражающагося въ большой и безпрерывной болтливости. Прогностика въ этомъ случаѣ также дурная; совсѣмъ иная, какъ мы увидимъ ниже, она при чистой маніи.

Далѣе, вы можете встрѣтить такіе случаи, гдѣ маніакальное состояніе при ясномъ сознаніи впервые развивается въ старческомъ возрастѣ. Въ такихъ случаяхъ нужно имѣть въ виду что маніакальное состояніе нерѣдко развивается на почвѣ

наступающей старости и служитъ лишь предвѣстникомъ быстро приближающагося старческаго артеріосклеротическаго увяданія мозга; причемъ нерѣдко бываетъ такъ, что маніакальное состояніе проходитъ, а выступаютъ на сцену признаки умственной слабости. При старческомъ маніакальномъ состояніи выступаютъ еще и симптомы старческаго характера, ворчливость брюжжаніе, разныя дѣтскія причуды и капризы.

Съ другой стороны, маніакальное состояніе можетъ развиться въ молодомъ возрастѣ, на почвѣ преждевременнаго юношескаго слабоумія; слѣдовательно, появленіе его здѣсь нужно считать аналогичнымъ появленію маніакальнаго состоянія на почвѣ старческаго артеріосклеротическаго ослабленія умственныхъ способностей или на почвѣ паралитическаго упадка умственныхъ способностей. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ маніакальное состояніе появляется съ самыхъ молодыхъ лѣтъ, но гдѣ оно является лишь осложняющимъ и сопутствующимъ симптомомъ другой болѣзни, именно преждевременнаго юношескаго слабоумія, оно сопровождается симптомами упадка умственныхъ способностей; у такого больного нѣтъ той наблюдательности, той сообразительности и остроумія, какъ у настоящаго маніакальнаго больного. Наконецъ, возбужденное состояніе, проявляющееся въ двигательномъ возбужденіи и чрезмѣрномъ говорливости, пѣніи и т. д., можетъ сопровождать и эпилептическія психозы, будучи эквивалентнымъ состояніемъ, или послѣприпадочнымъ или же предприпадочнымъ состояніемъ; оно можетъ сопровождать разнаго рода неврозы, напр., Базедову болѣзнь, при которой иногда бываетъ своеобразное маніакальное состояніе.

Какъ вы видите, поставить дифференціальную діагностику при существованіи у больного маніакальнаго состоянія невсегда легко; она легка при существованіи у больного типическаго и характернаго грандіознаго бреда и соотвѣтствующаго поведенія. Во многихъ случаяхъ она возможна лишь при наблюденіи больного, или же при знакомствѣ съ анамнезомъ психическаго и нервнаго состоянія даннаго больного.

Что же касается прогностики чистой маніи, т. е, рециди

вирующей маніи или маніакальнаго состоянія, какъ одной изъ фазъ кругового психоза, то она уже ясна изъ только что сказаннаго. Если имѣемъ дѣло съ больнымъ, у котораго приступы маніи повторялись уже и прежде, то можно надѣяться съ нѣкоторой вѣроятностью, что и данный приступъ болѣзни обойдется; можетъ быть, продолжительность его будетъ приблизительно такая же, какъ и прежнихъ приступовъ; можетъ быть, онъ протянется дольше, врядъ ли онъ будетъ короче. Если у больного предъ появленіемъ маніакальнаго приступа бывалъ тоскливый періодъ, то, вѣроятно, онъ также повторится. Такимъ образомъ, относительно даннаго приступа маніакальнаго состоянія можно поставить большею частью хорошую прогностику; но она будетъ иною относительно будущаго состоянія здоровья, такъ какъ всегда нужно имѣть въ виду повторяемость маніакальныхъ приступовъ болѣзни, какъ при рецидивирующей маніи, такъ и при циркулярномъ помѣшательствѣ. Но и за отдѣльный приступъ маніи нельзя поручиться, что онъ обойдется благополучно; у нѣкоторыхъ больныхъ маніакальное состояніе затягивается и переходитъ иной разъ въ хроническую манію.

Переходимъ теперь къ лѣченію маніи. Здѣсь прежде всего нужно указать на то, что данная болѣзнь, даже при легкихъ степеняхъ мозгового возбужденія, лучше протекаетъ въ больничной обстановкѣ, нежели въ домашней. Помѣщеніе въ больницу или лѣчебницу приноситъ такимъ больнымъ большую пользу; больные скорѣе успокаиваются; возбужденіе, иной разъ, даже становится меньше. Еще разъ обращу ваше вниманіе на то, что при помѣщеніи маніаковъ въ больницу къ обману прибѣгать ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ, такъ какъ обманъ повредитъ дальнѣйшимъ отношеніямъ между больнымъ и врачемъ. При поступленіи маніакальнаго больного въ больницу, сдѣлавши ему ванну, слѣдуетъ уложить его въ постель и особенно первое время стараться по возможности систематичнѣе стремиться къ тому, чтобы больной лежалъ въ постели и не вставалъ Такъ какъ маніакальные больные ча-

сто бываютъ весьма раздражительны, не переносятъ противо рѣчій, легко сердятся, то обращеніе окружающихъ съ ними должно быть разумно-тактичное; нужно заботиться о томъ, чтобы ухаживающіе за больнымъ не спорили и не противорѣчили безъ нужды больному, всякое проявленіе грубаго обращенія можетъ сильно волновать больныхъ и ухудшать ихъ состояніе. Разговаривать долго съ больнымъ, развлекать его, поддерживать споры въ разговорѣ, всего этого должны избѣгать лица, ухаживающія за больнымъ. Говорить громко при больныхъ-маніакахъ также не слѣдуетъ, потому что чѣмъ шумнѣе во кругъ нихъ, тѣмъ и они могутъ больше шумѣть; нельзя позволять прислугѣ громко разговаривать между собою, такъ какъ и это дѣйствуетъ на больныхъ волнующимъ образомъ. Если больной очень возбужденъ, если ему хочется постоянно вставать съ постели, то нужно уговаривать его лежать, напоминая ему что онъ боленъ и что онъ нуждается въ покоѣ. Большею частью такихъ уговоровъ для маніака, безъ особенныхъ бредовыхъ идей, достаточно для того, чтобы удерживать его въ постели. Какъ бы больной ни раздражался на окружающихъ, какъ бы онъ ни былъ возбужденъ, отношенія къ нему должно быть всегда и у всѣхъ окружающихъ ласковое, благожелательное, внимательное, деликатное; въ прежнее время почти всюду прибѣгали въ такихъ случаяхъ къ смирительной рубашкѣ; въ настоящее же время огромное большинство русскихъ образованныхъ психіатровъ отказалось отъ такого рода стѣснительной мѣры больныхъ, убѣдившись въ томъ, что это не только не приноситъ пользы, но доставляетъ одинъ вредъ какъ больному, такъ и портитъ отношеніе его къ окружающимъ. Даже замѣчается слѣдующее: въ прежнее время случаи маніи протекали болѣе бурно, чѣмъ теперь, когда отказались отъ горячечной рубашки и когда стали болѣе умѣло обращаться съ маніакальными больными. Напр., въ московской психіатрической клиникѣ была больная, страдающая циркулярнымъ психозомъ; здѣсь она находилась въ покойномъ отдѣленіи, а поступила сюда въ періодѣ маніакальной экзальтаціи· правда больная

много говорила, иногда ссорила между собою больныхъ, но особенныхъ хлопотъ врачамъ не доставляла; но эта же самая больная была однажды въ состояніи маніакальной экзальтаціи въ одной земской больницѣ; тамъ къ ней одно время относились неправильно, старались уменьшить ея распущенность разными наставленіями, замѣчаніями; когда она раздражалась, на ея выходки реагировали, какъ на выходки здороваго человѣка; въ результатѣ дѣло дошло до того, что больную помѣстили въ изоляціонное отдѣленіе; но этого мало, тамъ она стала сердиться еще больше, и тогда рѣшили прибѣгнуть къ смирительному камзолу; такъ какъ больная была очень крѣпкаго сложенія, большого роста и обладала порядочной физической силой, то оказалось, что она такъ сильно сопротивлялась при надѣваніи на нее смирительнаго камзола, что женщины сдѣлать этого не могли, и тогда прибѣгли къ помощи служителей. Но и это не помогало, такъ какъ больная всегда ухитрялась освободиться отъ камзола. Этотъ случай ясно показываетъ вамъ, какую важную роль играетъ при уходѣ за маніакальными больными умѣлое и разумное обращеніе и правильное пониманіе со стороны врачебнаго персонала. И такъ, примѣненіе горячечной рубашки нужно считать не только безполезнымъ средствомъ, но и безусловно вреднымъ.

Послѣдніе годы чаще и настойчивѣе стали прибѣгать къ примѣненію у маніаковъ постельнаго содержанія; конечно, чѣмъ менѣе возбужденное состояніе, тѣмъ и постельное содержаніе можно примѣнять болѣе короткое время. Если же возбужденіе у маніака сколько-нибудь сильно, то лучше оставаться ему въ постели, потому что при постельномъ содержаніи болѣзнь протекаетъ много мягче и менѣе рѣзко, и менѣе бурно. Въ тѣхъ случаяхъ, когда маніакъ можетъ свободно двигаться по комнатамъ, онъ всюду ходитъ, во все вмѣшивается, со всѣми заводитъ разговоры, пристаетъ къ больнымъ, можетъ производить нападенія на больныхъ и здоровыхъ, самъ больше ажитируется, больше волнуется, больше возбуждается; въ результатѣ усиливается шумъ въ отдѣленіи, чаще нарушается спо-

койствіе и порядокъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ возбужденному маніаку назначается постельное содержаніе, больного обыкновенно сравнительно легко удается уговаривать лежать въ постели; а когда такой больной лежитъ въ постели, меньше двигается, меньше имѣетъ поводовъ приходить въ столкновеніе съ окружающими, онъ дѣлается болѣе спокойнымъ, болѣе благодушнымъ; хотя онъ много говоритъ, можетъ постоянно ворочаться въ постели, но вся его энергія разрѣжается въ предѣлахъ его постели; здѣсь онъ также можетъ найти достаточное количество предметовъ для развлеченія самого себя, здѣсь онъ можетъ и писать, и что-нибудь читать, и рисовать, и разговаривать, и производить наблюденія надъ окружающими больными, если они находятся съ ними въ одной комнатѣ. Если возбужденіе больного нечрезмѣрно велико, если онъ можетъ сдерживаться сколько-нибудь, то лучше помѣщать его не въ отдѣльную комнату, а въ общую палату, вмѣстѣ съ другими больными, но лучше не съ такими же, какъ онъ, возбужденными. Въ отдѣльной комнатѣ больной больше распускается, менѣе привыкаетъ сдерживаться, чѣмъ въ общей комнатѣ, среди другихъ больныхъ, на виду у другихъ. Поэтому, прежде, чѣмъ переводить больного въ отдѣльную комнату, нужно получше обсудить вопросъ, дѣйствительно-ли нужно перевести больного въ отдѣльную комнату, нельзя-ли оставить его въ общей комнатѣ. Въ прежнее время возбужденные маніаки помѣщались въ изоляціонное отдѣленіе, гдѣ они вовсе не укладывались въ постель и гдѣ имъ предоставлялась возможность двигаться и ходить; но опытъ показалъ, что и это для нихъ нисколько не полезно; въ изоляціонныхъ отдѣленіяхъ больные, несомнѣнно, больше распускались и становились менѣе сдержанными; при прежнемъ режимѣ чаще были нападенія больныхъ на окружающихъ, чѣмъ теперь, при постельномъ режимѣ. Конечно, если возбужденное состояніе длится довольно долгое время, то можетъ явиться вопросъ о томъ, не слѣдуетъ ли разрѣшить больному прогулки въ садъ; а дѣлается это обыкновенно такъ: больной идетъ гулять; а затѣмъ, когда возвращается съ про-

гулки, опять предлагается ему ложиться въ постель; если же возбужденіе у больного уменьшается то можно разрѣшить ему вставать съ постели и помимо прогулокъ, сначала въ опредѣленное время, въ опредѣленные часы дня. Если маніакъ не поддается уговорамъ лежать въ постели, то приходится мириться съ этимъ, ибо насильственное удерживаніе такихъ больныхъ въ постели нежелательно, такъ какъ можетъ усиливать ихъ раздраженіе. Развлекать маніакальнаго больного не нужно: онъ самъ найдетъ себѣ способъ занять себя чѣмъ-нибудь. Наоборотъ, нужно стараться оградить больного отъ излишнихъ впечатлѣній. Поэтому, изолированіе больного отъ домашней обстановки, гдѣ онъ не слушается и раздражается на родныхъ, помѣщеніе его въ больницу или лѣчебницу, гдѣ онъ ограждается отъ излишнихъ впечатлѣній, дѣйствуетъ на маніаковъ благотворнымъ образомъ, такъ что во многихъ случаяхъ замѣчается рѣзкая разница во внѣшнемъ проявленіи болѣзни дома и въ больницѣ.

Что касается другихъ способовъ лѣченія маніакальныхъ больныхъ, то на первомъ мѣстѣ стоитъ лѣченіе теплыми ваннами, въ 28° по Реомюру. Больной остается въ ваннѣ минутъ 15—20—25, смотря по состоянію своего физическаго здоровья. Иной разъ больному можно попробовать сдѣлать болѣе продолжительную теплую ванну, но къ такимъ ваннамъ приходится прибѣгать сравнительно рѣже. Ванны слѣдуетъ дѣлать черезъ день; иногда-же, при болѣе сильныхъ степеняхъ возбужденія, ванны можно нѣкоторое время дѣлать ежедневно. Лѣченіе прохладными ваннами или обтираніями можетъ дѣйствовать на маніакальнаго больного возбуждающимъ образомъ и ухудшать болѣзненное состояніе. Нѣкоторые заграничные психіатры рекомендуютъ назначеніе очень продолжительныхъ теплыхъ ваннъ, длящихся понѣскольку часовъ, чуть не цѣлый день. Мнѣ думается, что подобное лѣченіе крайность и что вовсе въ немъ нѣтъ надобности.

Изъ лѣкарственныхъ средствъ больнымъ даются бромистые препараты, напр., бромистый натръ, въ дозахъ по 0, 8—1, 0, рѣдко больше, 3 раза въ день; иногда лишь дается по 1 25 столько же разъ

въ день. Конечно, если у больного появляется бромистая сыпь то дозы бромистой микстуры приходится уменьшать. Далѣе, при маніи часто назначается ergotinum Bonjeani; дается это средство, что наиболѣе удобно, въ микстурѣ; прописывается оно такъ: 1, 0 на 200—180—150 граммъ воды. Если возбужденіе больше, то и растворъ можно прописывать болѣе крѣпкій. Дается-же такая микстура раза 3 въ день. Такъ какъ она скоро портится въ тепломъ мѣстѣ, то на это обстоятельство надо обращать вниманіе и лучше держать ее въ болѣе прохладномъ мѣстѣ, чѣмъ комнатная температура. Когда вы назначаете больному эрготинъ *Bonjeani*, то нужно всегда помнить, что очень продолжительное время это средство давать нельзя; можно болѣе слабыя дозы давать 2—3 недѣли, а болѣе сильныя дозы съ недѣлю—10 дней, не нужно забывать во̀время отмѣнить это средство, такъ какъ оно можетъ дать вредный результатъ, оказывая спастическое вліяніе на периферическіе сосуды, особенно у лицъ, наклонныхъ къ спазмамъ сосудовъ въ области конечностей. Наркотическія средства, какъ-то морфій, опій, мало оказываютъ вліянія на возбужденное состояніе, хотя многіе врачи охотно прибѣгаютъ къ нимъ у возбужденныхъ больныхъ. Послѣднія $1^1/_2$ десятилѣтія, какъ sedativum при различныхъ маніакальныхъ состояніяхъ, рекомендовались и многими психіатрами примѣнялись гіосцинъ и дюбоизинъ; но нужно сказать, что эти средства производятъ сравнительно кратковременный эффектъ, дѣйствуя оглушающимъ образомъ на мозговую кору; существенной пользы больному эти средства не приносятъ, а между тѣмъ послѣ дѣйствія ихъ наблюдаются непріятные для больныхъ симптомы отравленія. Примѣненіе ихъ у острыхъ больныхъ, по моему мнѣнію, весьма нежелательно. Нѣкоторые врачи указывали на то, что заставляя маніака быть болѣе спокойнымъ при помощи такихъ средствъ, какъ гіосцинъ и дюбоизинъ, мы этимъ самымъ такъ-же дѣйствуемъ стѣсняющимъ образомъ на мозговую кору, какъ прежнее время стѣсняли больного при помощи горячечной рубашки или смирительнаго камзола, т е, слѣдовательно нѣкоторые врачи уподобляли мѣры

физическаго стѣсненія больныхъ мѣрамъ стѣсненія при помощи упомянутыхъ седативныхъ средствъ.

Нужно особенно заботиться о питаніи больного; обыкновенно маніаки ѣдятъ хорошо; этимъ нужно пользоваться и давать имъ питательную пищу, избѣгая всего, что́ можетъ дурно отразиться на пищеварительнымъ аппаратѣ. Если у маніака развивается сильное возбужденіе, особенно если у него повышается сколько нибудь высоко t^0, умѣстно примѣненіе временами холода къ головѣ. Что касается безсонницы, то она мало поддается лѣченію бромистыми препаратами, эрготиномъ и ваннами. Отъ времени до времени приходится давать небольшія дозы сульфонала по 0, 8—1, 0 на ночь, но неежедневно. Если при маніакальной экзальтаціи наблюдаются явленія полового возбужденія, то умѣстно назначеніе, напр., бромистый камфоры или-же extracti fluidi salicis nigrae по 15—20 капель, 2—3 раза въ день. Если у маніака существуетъ показаніе для лѣченія со стороны какого-нибудь органа, то лѣченіе проводится по общимъ правиламъ.

Лекція шестая

Къ числу основныхъ формъ душевнаго разстройства относится острая спутанность сознанія *confusio mentalis acuta* или *аменція Meynerti*, или *dysnoia Корсакова*. Главный симптомъ болѣзни заключается въ данномъ случаѣ въ общемъ генерализированномъ разстройствѣ въ сочетаніи идей и представленій; при этомъ больной теряетъ способность послѣдовательно мыслить, такъ какъ между отдѣльными представленіями и идеями нарушается правильное и безпрепятственное сочетаніе. О чемъ бы больной ни началъ думать, о чемъ бы онъ ни началъ разсказывать, разстройство въ сочетаніи идей мѣшаетъ тому и другому. Съ внѣшней стороны это разстройство въ сочетаніи идей сказывается растерянностью, недоумѣніемъ, удивленіемъ, неспособностью правильно и ясно понять происходящее вокругъ, оріентироваться въ мѣстѣ и времени. Такъ какъ степень общаго разстройства сознанія бываетъ весьма различная, то и внѣшнее проявленіе аменціи будетъ весьма неодинаковое.

Существуютъ такія формы аменціи, гдѣ неспособность оріентироваться въ мѣстѣ и времени выражена весьма слабо; при чемъ больной можетъ сказать правильно, гдѣ онъ находится, можетъ вѣрно опредѣлить число, но онъ только не увѣренъ въ этомъ и отвѣчаетъ на предлагаемые вопросы съ колебаніемъ и несразу; но въ тоже время такой больной плохо запоминаетъ имена окружающихъ лицъ, иногда смѣшиваетъ окружающихъ лицъ; начиная разговаривать съ вами, онъ

останавливается, словно что-то хочетъ припомнить, сообразить и т. д.

Существуютъ многочисленныя переходныя степени отъ легкихъ формъ спутанности сознанія, констатируемой только при внимательномъ изслѣдованіи и при знакомствѣ съ такими формами, до такихъ формъ аменціи, гдѣ сознаніе больного разстроено глубоко, гдѣ вамъ почти неудается иногда получить ни одного правильнаго отвѣта отъ больного, гдѣ рѣзко бросается въ глаза спутанность сознанія, гдѣ больной вполнѣ теряетъ правильное представленіе о времени и пространствѣ, когда мысли его находятся въ спутанномъ и хаотически безпорядочномъ состояніи. Чистыя формы аменціи безъ постороннихъ осложненій другими психическими симптомами почти не встрѣчаются; конечно, теоретически существованіе ихъ отрицать нельзя. Обыкновенно-же аменція или спутанность сознанія осложняется различнаго рода обманами органовъ чувствъ, т. е., зрительными, слуховыми, осязательными, вкусовыми и обонятельными иллюзіями и галлюцинаціями, при чемъ эти разстройства выражаются въ отрывочной формѣ часто мѣняются и появляются какъ-бы случайно.

Разстройство сознанія, захватывающее всю психическую дѣятельность, сопровождается недоумѣніемъ, растерянностью и удивленіемъ, но также и отрывочными бредовыми идеями, то мѣняющимися, то болѣе стойкими, и разстройствомъ логическихъ операцій, неправильностью и абсурдностью умозаключеній и сужденій; послѣднее сказывается, напр., въ томъ, что больной назоветъ своимъ отцомъ человѣка моложе себя, причемъ свое заключеніе онъ дѣлаетъ серьезно, безъ всякаго намека на то, что онъ шутитъ; или напр., называетъ врача Пушкинымъ, Львомъ Толстымъ, не сообразуясь, ни съ возрастомъ, ни съ мѣстомъ, ни съ временемъ. И все это является результатомъ нарушенія правильной дѣятельности ассоціаціоннаго аппарата служащаго для гармонической связи отдѣльныхъ представленій образовъ и идей. Всякое наше сложное представленіе, всякое понятіе, пониманіе значенія и смысла того что насъ окружаетъ,

имѣетъ въ своей основѣ сочетанную дѣятельность различныхъ воспринимающихъ высшихъ нервныхъ аппаратовъ. Обратите, напр., вниманіе на то, какимъ сложнымъ сравнительно механизмомъ обусловливается въ нашемъ сознаніи правильное представленіе о любомъ изъ предметовъ, насъ окружающихъ. Представьте себѣ теперь, что у человѣка нарушается правильная ассоціаціонная дѣятельность; тогда получается неспособность понять, что дѣлается кругомъ; тогда больной видитъ многое, но неправильно это оцѣниваетъ, и при томъ на его глазахъ предметы мѣняютъ свою форму, внѣшній видъ, цвѣтъ, величину, окраску; такому больному можетъ казаться, что лица у окружающихъ мѣняются, то темнѣютъ, то блѣднѣютъ, то принимаютъ какой-нибудь другой оттѣнокъ, что лицо человѣка имѣетъ зеленый, красный, синій цвѣтъ и т. д., что черты лица мѣняются, вытягиваются, на головѣ появляется нѣчто похожее на рога, голова выростаетъ, вытягивается, уменьшается; все, на что больной ни взглянетъ, все кажется ему страннымъ, непонятнымъ; видъ знакомой комнаты мѣняется, начинаетъ казаться, что потолокъ валится, что стѣны то приближаются, то уходятъ вдаль. То передъ глазами появляются разныя картины, смѣняющія одна другую, различнаго содержанія. При этомъ, разспрашивая разныхъ больныхъ, перенесшихъ аменцію, вы легко убѣдитесь въ томъ, какое разнообразіе въ этомъ отношеніи наблюдается у различныхъ больныхъ.

Тоже нужно сказать и относительно обмановъ со стороны слуха; слуховыя иллюзіи и галлюцинаціи у больныхъ отрывочны, не связаны въ систему, иногда монотонны и однообразны. Больному аментику то послышится угрожающій голосъ, то пріятный, то безразличные и отрывочные звуки, то пальба пушекъ, стоны, крики, зовъ, просьбы о помощи, то что-нибудь другое.

Со стороны вкуса и обонянія также появляется рядъ обмановъ; больному, напр., начинаетъ казаться, что пища которую ему предлагаютъ, имѣетъ особенный вкусъ и запахъ: напр., ему кажется, что ему предлагаютъ человѣческое мясо или даютъ какую нибудь особенную пищу нарочно испорченную

или съ прибавкой какихъ-нибудь скверныхъ примѣсей, напр., каловыхъ массъ или мочи, или чего нибудь вообще сквернаго. Больному начинаютъ мерещиться разные запахи, ладона, разлагающагося трупа, глины, земли и т. д.

Въ своемъ тѣлѣ больной также начинаетъ испытывать различныя ощущенія, часто непріятныя но странныя и отрывочныя.

Что касается бредовыхъ идей, то послѣднія всегда бываютъ отрывочными, несистематизированными, такъ какъ для приведенія бредовыхъ идей въ систему нужна правильная дѣятельность ассоціаціоннаго аппарата, который какъ разъ и страдаетъ при аменціи. Вы хорошо понимаете, что нѣтъ возможности перечислить здѣсь всѣ виды отрывочныхъ бредовыхъ идей, наблюдаемыхъ у аментиковъ; это разнообразіе бредовыхъ идей обусловливается степенью аментивнаго состоянія, существующимъ аффективнымъ состояніемъ, предшествующимъ болѣзни общемъ умственнымъ развитіемъ, его умственнымъ багажемъ, общественнымъ положеніемъ и различными другими факторами. Возьмемъ лишь нѣсколько примѣровъ; больному начинаетъ казаться, что онъ находится не въ больницѣ, не дома, а въ какой-то странной обстановкѣ, даже не на землѣ, а словно на другой планетѣ, что онъ уже умеръ, носился гдѣ-то въ безвоздушномъ пространствѣ или попалъ на тотъ свѣтъ. Больному можетъ казаться, что на землѣ дѣлается что-то странное, происходитъ война, что началось уже свѣтопредставленіе, страшный судъ, пришествіе антихриста. Или, напр., больному кажется, что онъ живетъ во времена грековъ и римлянъ, что на землѣ Христосъ, что теперь только первые года христіанства, что происходятъ мученія христіанъ, и онъ, больной въ числѣ ихъ и т. д. Текущія событія изъ современной міровой жизни также отражаются на безсвязномъ и отрывочномъ бредѣ аментиковъ. Такъ, во время пересмотра дѣла Дрейфуса одна больная говорила часто о Чертовомъ островѣ; видимо, ей казалось, что она находится тамъ. Другая больная многихъ окружающихъ называла именами дѣятелей Дрейфусовскаго дѣла. Во время послѣднихъ китай-

скихъ событій нѣкоторымъ аментикамъ казалось, что въ Москву явились китайцы, что Москва уже завоевана китайцами и т. д У больного могутъ появиться или отрывочныя бредовыя идеи величія или преслѣдованія, или тѣ и другія одновременно, но всегда въ безсвязной формѣ. Количество бредовыхъ идей невсегда одинаково у разныхъ больныхъ. Конечно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ аменція сопровождается заторможеніемъ психическаго процесса и количество бредовыхъ идей будетъ невелико, иногда-же даже весьма ограничено. Въ тѣхъ случаяхъ, наоборотъ, гдѣ нѣтъ при аменціи заторможенія психическаго процесса, тамъ и бредъ больного богаче, ярче, разнообразнѣе и обильнѣе.

Аменція или острая спутанность сознанія можетъ протекать иногда безъ осложненія аффективнымъ состояніемъ, т. е. безъ рѣзко выраженнаго маніакальнаго или меланхолическаго состоянія, но иногда она осложняется или тѣмъ, или другимъ состояніемъ. Принимая во вниманіе то или другое длительное аффективное состояніе, а также принимая во вниманіе степень заторможенія психическаго процесса и богатство бреда, можно раздѣлить аменцію на нѣсколько отдѣльныхъ группъ.

А. Тамъ, гдѣ аменція протекаетъ безъ аффективнаго, т. е., безъ маніакальнаго и меланхолическаго состоянія, гдѣ нѣтъ заторможенія психики и гдѣ нѣтъ богатства во внѣшнемъ проявленіи бреда, тамъ на первомъ мѣстѣ будетъ стоять растерянность, неспособность понять правильно мѣсто, время, узнавать окружающихъ лицъ; больной не можетъ послѣдовательно разсказывать; будучи предоставленъ самъ себѣ, онъ подолгу лежитъ или сидитъ, или стоитъ въ одной позѣ, не обращая вниманія почти на то, что происходитъ вокругъ. Собирая анамнестическія данныя о такомъ больномъ, вы услышите, что больной сдѣлался растеряннымъ, разсѣяннымъ, во время разговора сталъ останавливаться, чему-то удивляется словно, не могъ заниматься, не могъ соображать, путался въ окружающемъ, не узнавалъ родныхъ и знакомыхъ или называлъ ихъ другими именами, причемъ онъ не обнаруживалъ ни особеннаго страха, ни возбужденія, ни оцѣпенѣнія. Это будетъ *дементная форма амен-*

ціи—amentia dementica. Употребляя прилагательне «дементный», т. е. «слабоумный», я имѣю въ виду излѣчимую форму аменціи, въ такомъ-же приблизительно смыслѣ, какъ у *Крафтъ-Эбинга* употребляется выраженіе *dementia primaria curabilis* для обозначенія одного изъ острыхъ психо-неврозовъ.

В. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ аменція сопровождается заторможеніемъ психическаго процесса, больной является малоподвижнымъ, оцѣпенѣлымъ, съ напряженной мускулатурой; больной такой почти не говоритъ, подолгу сохраняетъ одну и ту же позу или положеніе, ни о чемъ не спроситъ, ничего не попроситъ для себя, имѣетъ наклонность быть неопрятнымъ, задерживаетъ мочу и испражненія, неохотно и медленно ѣстъ. Это будетъ *ступорозная форма аменціи.* Про такого больного родные будутъ разсказывать вамъ, что больной сталъ молчать, плохо и медленно ѣсть, иногда отказываться отъ пищи, пересталъ реагировать на окружающее, сдѣлался неподвижно-спокойнымъ. Иногда больной можетъ становиться поживѣе, обнаруживать тотъ или другой отрывочный бредъ, нападать подъ вліяніемъ его на окружающихъ, упорно отказываться отъ пищи.

С. Далѣе, *бредовая форма аменціи* или *amentia deliriosa* характеризуется богатымъ и пышнымъ, хотя и отрывочно-безсвязнымъ бредомъ; поведеніе больного въ этомъ случаѣ будетъ зависѣть отъ характера и содержанія бредовыхъ идей; если бредовыя идеи рѣзко непріятнаго содержанія и связаны съ окружающими, то больной будетъ непремѣнно безпокойнымъ, можетъ нападать на окружающихъ, вскрикивать, проявлять много безпорядочныхъ движеній, связанныхъ съ отрывочными бредовыми идеями. Иногда больной, у котораго сознаніе заполнено массой отрывочныхъ бредовыхъ идей, находится словно въ оцѣпенѣломъ состояніи; у него можно при этомъ наблюдать каталептоидное состояніе; но онъ будетъ отличаться отъ больного, страдающаго *ступорозной формой аменціи*, измѣнчивостью своего внѣшняго поведенія, отрывочными фразами, указывающими на бредъ, о характерѣ котораго мы можемъ догадываться.

но о которомъ мы узнаемъ, когда больной поправится и раз скажетъ намъ. Если степень затемнѣнія сознанія при бредо вой формѣ аменціи меньше, то и поведеніе больного будетъ съ внѣшней сторонь правильнѣе; наоборотъ, если степень затемнѣнія сознанія очень велика, то и поведеніе больного будетъ весьма неправильнымъ, причемъ больной вполнѣ подчиняется своимъ бредовымъ идеямъ и обманамъ со стороны органовъ чувствъ. Если степень затемнѣнія сознанія неглубока, то иногда, при *бредовой формѣ аменціи*, больной можетъ не высказывать при первой встрѣчѣ съ врачемъ своего бреда или говорить о немъ неохотно и отрывочно. Такъ, напр., одна больная, страдавшая острой *бредовой формой аменціи* въ теченіи болѣзни знала приблизительно вѣрно, гдѣ она находится, на вопросъ о томъ, кто съ нею говоритъ, правильно отвѣчала, напр., что съ нею разговариваетъ врачъ; но въ общемъ на вопросы отвѣчала неохотно, хотя кое-что изъ своего бреда и изъ ложныхъ ощущеній и высказывала; когда-же эта больная поправилась совсѣмъ, то она стала говорить очень охотно о томъ, что она испытывала во время болѣзни, причемъ сказала, что въ то время, когда она говорила, что разговариваетъ съ врачемъ, думала, однако, что съ нею разговариваетъ не-врачъ, а какое-то подозрительное лицо, выдающее себя за врача, къ которому больная относилась въ то время весьма подозрительно.

D. Иногда острая спутанность сознанія или аменція осложняется рѣзко выраженнымъ *маніакальнымъ состояніемъ;* тогда мы будемъ имѣть дѣло съ формой аменціи, называемой *маніакальная аменція* или *amentia maniacalis.* Про больного, стра дающаго *маніакальной аменціей*, вамъ сообщатъ, что въ началѣ болѣзни было возбужденное состояніе, суетливость, говорливость, а затѣмъ больной спутался, пересталъ узнавать окружающее, но сдѣлался въ тоже время безпокойнымъ, сталъ много и безсвязно говорить, пѣлъ, кричалъ, шумѣлъ, сердился, проявлялъ большое двигательное и рѣчевое возбужденіе, высказывалъ разныя бредовыя идеи величія, причемъ эти идеи

величія мѣнялись, были отрывочны, абсурдны; больной такой часто смѣется, разговариваетъ самъ съ собою, жестикулируетъ, то пляшетъ, то поетъ, то сердится на кого-то, начинаетъ бранить кого-то, много и безпорядочно двигается, проявляетъ разрушительныя наклонности, много галлюцинируетъ. При этомъ изъ разсказовъ окружающихъ иногда можно ясно понять, что у больного разстроено сознаніе, чтò выражается съ внѣшней стороны неспособностью правильно разобраться въ окружающемъ и понять его.

E. Иногда аменція осложняется противоположнымъ аффективнымъ состояніемъ, именно рѣзко выраженнымъ меланхолическимъ аффектомъ. Въ началѣ, по разсказамъ родныхъ, наблюдается просто меланхолическое состояніе безъ помраченія сознанія; затѣмъ, сознаніе затемняется, но меланхолическій аффектъ остается. Больной плачетъ, стонетъ, волнуется, выражаетъ желаніе покончить съ собою, дѣлаетъ попытки нанести себѣ вредъ. При разспросѣ родныхъ при этомъ, какъ и при чистой меланхоліи, нужно подробнѣе разспросить объ этомъ, чтò имѣетъ немаловажное значеніе при уходѣ за больными такого рода, о чемъ будемъ говорить позднѣе. Иногда затемнѣніе сознанія выражено такъ рѣзко, что его замѣчаютъ и окружающіе дома; иной-же разъ, по словамъ родныхъ, нельзя заранѣе составить себѣ представленіе, съ чѣмъ будемъ имѣть дѣло съ меланхоліей или съ *меланхолической аменціей.* Послѣдняя отъ меланхоліи отличается опять-таки общимъ разстройствомъ сознанія, неспособностью разсказывать сколько нибудь связно неспособностью оріентироваться въ мѣстѣ и времени.

Кромѣ указанныхъ выше формъ аменціи, именно, кромѣ *дементной, стопорозной, бредовой, маніакальной* и *меланхолической* аменціи, можно встрѣтить формы переходныя между только что упомянутыми, напр., такіе случаи, которые представляютъ собою, какъ будто смѣшеніе двухъ формъ; тогда можно говорить о дементно-бредовой формѣ аменціи, о стопорозно-бредовой формѣ и т. д.

F) Иногда теченіе аменціи по характеру аффективнаго со

стоянія распадается на два періода: изъ нихъ одинъ протекаетъ съ характеромъ *маніакальной аменціи*, а другой съ характеромъ *меланхолической аменціи*. Это будетъ *циркулярная форма аменціи*.

G). Наконецъ, еще слѣдуетъ упомянуть о томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ аменція протекаетъ въ формѣ отдѣльныхъ и непродолжительныхъ приступовъ помраченія сознанія; напр., у больного начинается довольно острой приступъ аменціи, иногда въ бурной формѣ, съ большимъ двигательнымъ возбужденіемъ; затѣмъ, наступаетъ на нѣкоторое время улучшеніе, проясненіе сознанія и спокойное состояніе, за которыми опять слѣдуетъ новый приступъ спутанности и т. д. Иногда въ теченіи всего періода болѣзни, который тянется нѣсколько мѣсяцевъ наблюдается указанная смѣна остро-launchаментивныхъ симптомовъ и временнаго проясненія сознанія. Такіе случаи аменціи нужно разсматривать, какъ рекуррентныя формы аменціи, *amentia recurrens*. Въ промежутокъ между такими приступами больного нельзя считать здоровымъ, подобно тому, какъ нельзя считать человѣка, страдающаго маляріей, за здороваго физически человѣка въ промежутокъ между приступами болотной лихорадки. Иной разъ бываетъ такъ, что у больного начинается острая аменція, протекающая затѣмъ нѣсколько недѣль или два-три мѣсяца; больной оправляется съ виду совершенно, сознаніе у него проясняется, онъ поправляется и крѣпнетъ физически; больной, если онъ былъ въ лѣчебницѣ или въ больницѣ, отправляется домой, считаясь совсѣмъ здоровымъ; но проходитъ нѣсколько недѣль или два-три мѣсяца, и больной снова обнаруживаетъ признаки остро-launchаментивнаго состоянія, тянущагося на этотъ разъ болѣе продолжительное время; затѣмъ, больной оправляется, но проходитъ нѣсколько мѣсяцевъ, годъ-два больной остается здоровымъ. Очевидно, что у него была аменція, но не два раза, а одна болѣзнь, одинъ болѣзненный періодъ, состоявшій изъ двухъ отдѣльныхъ приступовъ острой аменціи, протекавшей съ ремиссіей. Конечно только тогда мы можемъ говорить о двухъ

отдѣльныхъ приступахъ болѣзни, т. е., о рецидивирующемъ психозѣ, когда приступы болѣзни, въ данномъ случаѣ аментивнаго состоянія, отдѣляются одинъ отъ другого промежуткомъ времени не менѣе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, года или двухъ. Если-же между отдѣльными приступами аменціи существуетъ промежутокъ въ нѣсколько недѣль, два-три мѣсяца, то въ такомъ случаѣ мы должны говорить о существованіи у больного рекуррентной аменціи.

Многія формы острой аменціи представляютъ большую наклонность къ повторенію чрезъ извѣстные промежутки времени, иногда значительной продолжительности. Въ такихъ случаяхъ мы можемъ говорить о рецидивирующемъ психозѣ, именно о рецидивирующей аменціи. Иногда приступы остро-аментивнаго состоянія повторяются безъ видимой внѣшней причины и являются, словно, роковымъ образомъ; иногда же приступы аменціи связаны съ опредѣленнымъ этіологическимъ моментомъ, напр., у женщинъ съ послѣродовымъ состояніемъ. Въ виду того, что аменція имѣетъ наклонность повторяться, при собираніи анамнестическихъ данныхъ всегда нужно спросить о томъ, не было ли у даннаго больного ранѣе еще приступовъ спутанности сознанія, причемъ изъ разсказовъ окружающихъ можно составить себѣ представленіе о томъ, была ли у больного аменція или какая-нибудь другая форма изъ группы психо-неврозовъ *Крафтъ-Эбинга*.

Собирая свѣдѣнія о больныхъ, страдающихъ острыми приступами аменціи, иногда можно убѣдиться, что приступы болѣзни въ общемъ похожи одинъ на другой, хотя и мѣняется ихъ интензивность; въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно убѣдиться въ томъ, что приступы аменціи въ первое время протекали очень бурно, съ большимъ возбужденіемъ, съ глубокимъ помраченіемъ сознанія, съ многочисленными обманами со стороны органовъ чувствъ, а впослѣдствіи характеръ аментивныхъ приступовъ мѣняется; хотя у больного и наблюдаются приступы остраго безсмыслія, но они протекаютъ менѣе бурно, сознаніе не затемняется сколько-нибудь глубоко; галлюцинаціи и иллю-

зіи оказываются неяркими, слабыми; при этомъ и внѣшняя картина психическаго состоянія является иной, чѣмъ въ первые приступы, именно у больного наблюдается своеобразное состояніе безтолковости; больной можетъ даже правильно отвѣчать на отдѣльные вопросы; но въ то же время онъ не можетъ толково разсказывать; не будучи возбужденнымъ, онъ даетъ крайне сбивчивые отвѣты, противорѣчитъ себѣ ежеминутно, рѣшительно не можетъ управлять своимъ активнымъ вниманіемъ; вы спрашиваете его объ одномъ, онъ отвѣчаетъ о другомъ; у больного нѣтъ собственныхъ интересовъ; гдѣ больного посадятъ, тамъ онъ и будетъ долго и безучастно сидѣть; попросятъ его пойти, онъ послушно пойдетъ; спросятъ его—онъ отвѣтитъ· но отвѣчаетъ обыкновенно невпопадъ; разговаривая съ такимъ больнымъ, разспрашивая его, слушая его отвѣты, вы удивляетесь той безтолковости въ разговорѣ, которую проявляетъ такой больной; только переспрашивая больного понѣскольку разъ, сопоставляя его отвѣты, большею частью противорѣчивые, вамъ удается иногда добиться отъ больного свѣдѣній о чемъ-нибудь, касающемся его. Такъ, напр., поступаетъ въ московскую психіатрическую клинику больной; при разговорѣ съ нимъ васъ прежде всего поражаетъ его крайняя безтолковость; когда ему предлагаютъ идти въ отдѣленіе для больныхъ, онъ быстро собирается, идетъ съ вами, не прощаясь съ родными. Когда ему напоминаютъ, что нужно проститься съ родными, онъ исполняетъ это. Вы приглашаете его принять ванну, онъ и это послушно исполняетъ. Спрашиваетъ больного надзиратель, какъ его зовутъ, онъ бойко и безъ запинки говоритъ, какъ его зовутъ, причемъ больной съ виду такъ увѣренно сказалъ, какъ его звать, что надзиратель повѣрилъ ему, причемъ оказалось вскорѣ, что больной назвалъ себя другимъ именемъ. Разговаривая съ вами, больной разсѣянъ, иногда зѣваетъ, то безъ видимой причины, безъ гнѣва встанетъ и убѣжитъ отъ васъ, сядетъ на другое мѣсто; онъ ничѣмъ не можетъ заниматься, ничѣмъ не интересуется, не можетъ читать. Въ основѣ такого состоянія лежитъ какъ въ

этомъ легко убѣдиться при изслѣдованіи такихъ больныхъ, общее разстройство въ дѣятельности ассоціаціоннаго аппарата; слѣдовательно, такія формы также нужно относить къ аментивнымъ формамъ. Такое состояніе безтолковости, мнѣ думается, наблюдается при повторныхъ приступахъ спутанности, а не при тѣхъ формахъ аменціи, гдѣ послѣдняя являются единичнымъ, случайнымъ заболѣваніемъ. Больной, у котораго приступъ рецидивирующій аменціи выражается въ видѣ безтолковости, производитъ впечатлѣніе больного, страдающаго стойкимъ слабоуміемъ; видя предъ собою такого больного, въ большинствѣ случаевъ, трудно сказать, не зная анамнеза, съ чѣмъ имѣемъ дѣло, съ больнымъ-ли дѣйствительно слабоумнымъ или же съ больнымъ, у котораго существуетъ лишь временная безтолковость, какъ своеобразное выраженіе рецидивирующей аменціи. Иногда же, даже зная анамнезъ такого больного, наблюдая его, вы сомнѣваетесь относительно благополучнаго исхода даннаго приступа аменціи; такъ, напр., я припоминаю одного больного, врача, у котораго наблюдались повторные приступы аменціи; сначала болѣзнь протекала въ болѣе острой формѣ, съ болѣе яркимъ бредомъ и съ болѣе рѣзкими обманами со стороны органовъ чувствъ, а затѣмъ приступъ аменціи проявился, главнымъ образомъ въ безтолковости, въ мимолетной дурачливости и совершенно слабоумномъ поведеніи; сохраняя порядочное сознаніе окружающаго, больной велъ себя иногда настолько нелѣпо и глупо, что заставлялъ сомнѣваться въ благопріятномъ исходѣ даннаго приступа болѣзни; напр., иногда, при встрѣчѣ съ врачемъ больной не то въ шутку, не то серьезно приставлялъ сжатый кулакъ къ животу врача, молча убиралъ его, переводилъ вниманіе на что-нибудь другое; или, лежа молча въ постели, вдругъ вскакиваетъ, направляется быстро къ окну, разбиваетъ его головой и также быстро, молча, словно, индифферентно укладывается въ постель; и это дѣлается безъ видимаго гнѣва, безъ злобы, причемъ больной и самъ не можетъ объяснить себѣ, зачѣмъ это онъ сдѣлалъ; или, напр. еще лежа молча въ постели, боль-

ной испражняется подъ себя, беретъ каловыя массы въ ротъ, улыбается; когда его останавливаютъ, обмываютъ, онъ къ этому относятся благодушно, не будучи въ состояніи объяснить, зачѣмъ онъ сдѣлалъ это. Конечно, понятно, что такое поведеніе со стороны интеллигентнаго больного, при не глубокомъ затемнѣніи сознанія, внушало опасеніе, что данный приступъ болѣзни у него перейдетъ въ хроническое состояніе стойкаго слабоумія. Къ удивленію, этотъ больной, спустя короткое время, началъ быстро поправляться, сдѣлался осмысленнымъ и выбылъ домой. Такого рода случаи ясно показываютъ, какъ трудно отличить иногда острое безсмысліе, проявляющееся въ дементной формѣ, отъ стойкаго и неизлѣчимаго слабоумія.

Переходимъ теперь къ разсмотрѣнію вопроса о томъ, сколько времени протекаетъ острая аменція. Продолжительность болѣзни бываетъ весьма неодинакова; въ этомъ отношеніи наблюдается чрезвычайно большое разнообразіе. При составленіи объективнаго анамнеза нужно постараться поточнѣе возможно опредѣлить начало болѣзни; развитію помраченія сознанія предшествуютъ обыкновенно продромальные признаки, тянущіеся короткое время, иногда лишь нѣсколько дней и выражающіеся въ непріятномъ и подавленномъ самочувствіи, недомоганіи; въ очень многихъ случаяхъ аменціи за продромальными симптомами быстро развивается бурная картина болѣзни, иногда съ большимъ безпокойствомъ и глубокимъ разстройствомъ сознанія. Нерѣдко и со словъ окружающихъ больного довольно легко опредѣлить, когда началась болѣзнь, такъ какъ аментикъ, конечно, не можетъ заниматься дѣломъ и быстро обращаетъ на себя вниманіе, какъ на психически больного. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приступъ аменціи протекаетъ сравнительно короткое время, всего нѣсколько недѣль, много два—три мѣсяца; это бываетъ при рецидивирующей аменціи, которая иногда проявляется въ формѣ кратковременныхъ сравнительно приступовъ спутанности. Затѣмъ, короткіе приступы остро-аментивнаго состоянія наблюдаются также и послѣ опредѣленныхъ тяжелыхъ физическихъ болѣзней; такъ, напр., иногда послѣродовой психозъ

въ формѣ острой спутанности, быстро оканчивается выздоровленіемъ; такіе-же кратковременные приступы острой аменціи встрѣчаются при выздоровленіи отъ тяжелыхъ и острыхъ физическихъ болѣзней; напримѣръ, въ періодѣ критическаго паденія температуры при крупозной пневмоніи развивается быстро безсвязный бредъ, съ отрывочными галлюцинаціями и иллюзіями; такого рода формы аменціи отличаются короткимъ теченіемъ и быстро наступающимъ выздоровленіемъ; конечно, причина спутанности здѣсь будетъ иная, чѣмъ при продолжительныхъ аменціяхъ. Поэтому, такіе случаи можно выдѣлить въ особую группу аменціи—въ группу астеническихъ формъ аменціи, въ группу астеническихъ психозовъ; слѣдовательно, здѣсь мы будемъ имѣть дѣло съ *psychosis asthenica* съ *amentia asthenica*.

Въ противоположность такимъ короткимъ приступамъ аменціи можно ставить тѣ формы аменціи, гдѣ болѣзнь протекаетъ продолжительное время, иногда даже ни одинъ годъ и гдѣ всетаки наступаетъ выздоровленіе. Дальнѣйшее изученіе различныхъ формъ аменціи, вѣроятно, заставитъ психіатровъ, со временемъ, выдѣлить изъ обширной группы аменціи нѣсколько отдѣльныхъ группъ. Возможно, что въ настоящее время терминомъ *аменція* называютъ формы болѣзни, имѣющія различное происхожденіе. Когда впервые покойный проф. вѣнскаго университета *Th. Meynert* описалъ душевное разстройство, гдѣ главнымъ симптомомъ болѣзни является общее разстройство въ сочетаніи идей и представленій, разстройство въ дѣятельности ассоціаціоннаго аппарата, то въ группу аменціи авторъ отнесъ не только тѣ формы аменціи, которыя многими въ настоящее время признается за аменцію, но и такіе специфическіе психозы, какъ, напр., бѣлую горячку, гдѣ, какъ вы знаете, бываетъ также разстройство сознанія, иногда весьма глубокое, и эпилептическій психозъ, сопровождающійся помраченіемъ сознанія; въ группу-же аменцій *Meynert* отнесъ и такъ называемый *острый бредъ*, delirium acutum. Послѣдняя болѣзнь считается уже многими анатомическимъ страданіемъ; при этой формѣ,

которая встрѣчается очень рѣдко, наблюдается большое двигательное возбужденіе, повышеніе температуры съ большими скачками, быстрый упадокъ питанія и во многихъ случаяхъ дѣло кончается смертельнымъ исходомъ. Такъ какъ при остромъ бредѣ находятъ значительныя измѣненія въ мозговой корѣ, приближающія эту болѣзнь къ острому менинго-энцефалиту, то многіе и считаютъ нужнымъ относить ее къ группѣ органическихъ психозовъ.

Послѣ описанія *Meynert'омъ* аменціи, какъ отдѣльной формы болѣзни, наблюдалось, нужно признаться, нѣкоторое увлеченіе новою формой. Возможно, что діагностика аменціи ставилась чаще, чѣмъ это стало дѣлаться потомъ, когда временное увлеченіе аменціей *Meynert'а* стало нѣсколько ослабѣвать. *E. Kraepelin* обратилъ особенное вниманіе на ученіе о преждевременномъ слабоуміи, и съ его точки зрѣнія всѣ исходныя состоянія, называемыя прежде вторичнымъ слабоуміемъ и развивающіяся во многихъ случаяхъ и послѣ *аменціи Meynert'а*, суть не исходныя состоянія, а первичныя, основныя; а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ аменція не ведетъ къ выздоровленію, она служитъ, по *Kraepelin'у*, лишь однимъ изъ сопровождающихъ преждевременное слабоуміе симптомомъ; слѣдовательно, центръ тяжести въ такихъ неизлѣчимыхъ формахъ аменціи, не въ аменціи, а въ наклонности психики къ преждевременному увяданію, въ преждевременномъ слабоуміи, осложняющемся аментивными симптомами.

Лекція седьмая

При дифференціальной діагностикѣ аменціи приходится руководствоваться различными соображеніями, смотря по тому, въ какой формѣ проявляется аменція у даннаго больного. Если мы имѣемъ *дементную* форму аменціи, то, конечно, прежде всего нужно задать себѣ вопросъ, нѣтъ-ли у больного стойкаго состоянія неизлѣчимаго слабоумія. Не зная анамнеза, трудно сказать что-нибудь опредѣленное. Иногда, впрочемъ, если болѣзнь длится долго и если у больного существуетъ своеобразная мимика, однообразныя движенія, вы можете и безъ анамнеза съ увѣренностью сказать, что у больного образовалось неизлѣчимое состояніе и что онъ боленъ уже давно. При дементной формѣ аменціи всегда нужно имѣть въ виду и то обстоятельство, что острое аментивное состояніе можетъ не окончиться выздоровленіемъ, а перейти въ состояніе стойкаго слабоумія. Въ такомъ случаѣ можетъ возникнуть вопросъ и о томъ, что у больного существуетъ наклонность къ преждевременному слабоумію, причемъ остро-аментивная вспышка является лишь сопутствующимъ симптомомъ dementiae praecocis. Если у молодого человѣка, заболѣвшаго, по разсказамъ, острою спутанностью, аменція протекаетъ не типически, если въ теченіи дементной формы появляются симптомы, которые не вяжутся съ аменціей, то невольно возникаетъ мысль, что мы имѣемъ дѣло не съ чистой аменціей, а съ преждевременнымъ слабоуміемъ

При *стопорозной* формѣ аменціи правильную діагностику поможетъ поставить также знакомство съ анамнезомъ больного, съ развитіемъ болѣзни, съ ея теченіемъ. Что касается другихъ болѣзненныхъ формъ, то нужно исключить при дифференціальной діагностикѣ и меланхолію, которая вслѣдствіе появленія весьма глубокаго и стойкаго тягостнаго аффекта можетъ осложниться состояніемъ оцѣпенѣнія, и разнаго рода органическія пораженія мозга, напр., прогрессивный параличъ, могущій иногда дать картину стопорознаго состоянія; но въ отношеніи дифференціальной діагностики вамъ помогутъ и здѣсь анамнестическія данныя, возрастъ больного, существованіе другихъ признаковъ органическаго пораженія головного мозга и т. д.

При *бредовой* формѣ аменціи, особенно если нѣтъ глубокаго затемненія сознанія, можетъ возникнуть вопросъ, не имѣемъ ли мы предъ собою случая острой паранойи, существованіе которой многими признается. Если во время приступа бредовой аменціи больной неохотно говоритъ о своемъ состояніи, то когда онъ поправится, онъ подробно разскажетъ о своемъ состояніи, и тогда иной разъ можно будетъ убѣдиться въ томъ, что сознаніе больного было разстроено больше, чѣмъ это казалось во время болѣзни. Если-же при бредовой формѣ аменціи сознаніе спутывается весьма сильно, то иногда у больного можно наблюдать отъ времени до времени состояніе оцѣпенѣнія съ признаками каталептоиднаго состоянія; и въ такомъ случаѣ можно ставить дифференціальное распознаваніе между стопорозной формой аменціи и бредовой формой ея, осложненной кажущимся стопорознымъ состояніемъ. Если имѣемъ дѣло со стопорозной аменціей, то нужно замѣтить, что состояніе оцѣпенѣнія длится при этомъ безъ перерыва или только лишь ослабѣвая въ силѣ, болѣе или менѣе долгое время; при бредовой-же формѣ оно продолжается лишь короткое время, нѣсколько минутъ, рѣдко нѣсколько часовъ, смѣняясь часто состояніемъ молчаливаго двигательнаго возбужденія или-же произнесеніемъ отрывочныхъ фразъ словъ и звуковъ.

При маніакальной формѣ аменціи, какъ показываетъ уже

и ея названіе, должна быть рѣчь о томъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ маніей или-же съ маніакальной аменціей. Какъ мы видѣли выше, спутанность сознанія при чистой маніи можетъ наблюдаться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ускореніе психическаго процесса достигаетъ крайней и необычайной степени; но и тутъ изъ безсвязной рѣчи больного легко при внимательномъ наблюденіи замѣтить, что у больного сохраняются проблески сознанія, несмотря на крайнюю безсвязность въ рѣчи и въ разговорѣ. Болѣе же легкія степени чистой маніи протекаютъ безъ затуманенія сознанія; нужно, однако, помнить, что временами и при легкихъ степеняхъ маніакальнаго состоянія можетъ появиться разстройство сознанія, иногда значительное; но въ такомъ случаѣ, аментивное состояніе является временнымъ осложненіемъ, такъ сказать, прибавочнымъ состояніемъ; проходитъ иногда короткое время, и сознаніе у маніакальнаго больного снова проясняется.

Имѣя въ виду степень затемнѣнія сознанія, продолжительность и стойкость его, вы во многихъ случаяхъ будете въ состояніи поставить правильно дифференціальную діагностику. Далѣе, если вы признаете существованіе, такъ называемой, *vesania maniacalis*, если вы выдѣляете ее въ особую и отдѣльную болѣзнь, то вамъ придется ставить иногда дифференціальную діагностику между маніакальной аменціей и *vesania maniacalis*. Мнѣ лично думается, что существуютъ остро-маніакальныя формы, которыя можно разсматривать въ настоящее время, какъ своеобразную болѣзнь, которую можно называть *vesania maniacalis* (терминъ С. С. Корсакова). Если при маніакальной спутанности сознаніе затемнѣно глубоко, если больной совсѣмъ не оріентируется въ окружающемъ, если онъ больше погруженъ въ свои отрывочныя мысли, чѣмъ реагируетъ на внѣшнія впечатлѣнія, то нѣтъ, конечно и сомнѣнія въ томъ, что мы имѣетъ предъ собою маніакальную аменцію. Но бываютъ такого рода маніакальные больные, у которыхъ нѣтъ собственно глубокаго затемнѣнія сознанія, но у которыхъ бросается въ глаза существованіе массы бредовыхъ идей не-

систематизированныхъ, идей то величія, то преслѣдованія. Гл кой больной шумливъ; то онъ на кого-нибудь раскричится принимая его не за то лицо, каковымъ онъ есть на самомъ дѣлѣ; то становится благодушнѣе, поетъ или декламируетъ; больной не вѣритъ, при этомъ, что онъ въ больницѣ, что онъ имѣетъ дѣло съ врачами, что вокругъ него больные. Онъ часто сердится на врачей, называя ихъ именами лицъ ему непріятныхъ, ненавистныхъ; отношеніе къ одному и тому же лицу бываетъ у такого больного неодинаковое; то онъ благодушенъ съ нимъ, то неожиданно ударитъ его. Тѣ авторы, которые не признаютъ *vesania maniacalis* за отдѣльную болѣзненную форму, относятъ ее въ группу маніакальныхъ аменцій; но мнѣ думается, что vesania maniacalis довольно рѣзко отличается отъ маніакальной аменціи тѣмъ, что у больного сознаніе въ первомъ случаѣ не затемняется такъ, какъ при маніакальной аменціи; несмотря на свою безсвязность, больной, страдающій маніакальной везаніей все таки много связнѣе, чѣмъ маніакальный аментикъ.

Если при маніакальной аменціи наблюдается повышеніе температуры сколько-нибудь значительное и если двигательное возбужденіе очень велико, то прежде всего нужно задаться вопросомъ, нѣтъ-ли въ данномъ случаѣ *остраго бреда*. Подъ этимъ именемъ описывается нѣкоторыми авторами, какъ отдѣльная самостоятельная болѣзнь, своеобразный симптомокомплексъ, выражающійся въ чрезвычайно большомъ двигательномъ и рѣчевомъ возбужденіи, причемъ вскорѣ движенія больного принимаютъ характеръ движеній не чисто-психическаго происхожденія, а движеній, являющихся вслѣдствіе раздраженія двигательной области мозговой коры. При этомъ больной, страдающій острымъ бредомъ, производитъ впечатлѣніе тяжелаго физически больного, такъ какъ у него наблюдается повышеніе t°, которое, однако, не имѣетъ характерной кривой и характеризуется большими и неожиданными скачками; послѣ сильнаго двигательнаго возбужденія у больныхъ такого рода быстро наступаетъ упадокъ питанія и обыкновенно летальный

исходъ. Замѣчу мимоходомъ, что по изслѣдованіямъ д-ра Вейденгаммера при остромъ бредѣ существуетъ рѣзкая гиперемія мозговой коры, мелкія кровоизліянія, признаки остро выраженнаго воспалительнаго процесса въ мозговой корѣ. Это вводное замѣчаніе я дѣлаю для того, чтобы помочь вамъ запомнить, что острый бредъ является уже органическимъ психозомъ, и чтобы понять, каково должно быть двигательное возбужденіе у больного съ острымъ разлитымъ воспаленіемъ въ мозговой корѣ. Такъ какъ больной острымъ бредомъ находится въ весьма большомъ возбужденіи и такъ какъ у него наблюдается лихорадочное состояніе, то такого больного приходится удерживать въ постели; будучи-же предоставленъ самъ себѣ, онъ можетъ нанести себѣ тяжелыя поврежденія, такъ какъ онъ скатывается съ кровати, бьется въ ней, колотитъ и руками, и ногами, и головой; двигательное возбужденіе у него почти безпрерывное прекращающееся лишь на нѣсколько минутъ или на часъ, на два во время сна. Больного, какъ я сказалъ только что, приходится удерживать въ постели; это является весьма тяжелымъ и утомительнымъ трудомъ для ухаживающаго персонала, прислуга прямо измучивается при уходѣ за такимъ больнымъ, выбивается изъ силъ, такъ какъ возбужденіе у больного является въ теченіи нѣсколькихъ, хотя впрочемъ, немногихъ дней, безпрерывнымъ. Если кому-нибудь изъ васъ придется встрѣтить такого больного, то онъ легко убѣдится, что существуетъ большая разница между часто встрѣчающимися формами маніакальной аменціи и рѣдко встрѣчающимся острымъ бредомъ, который нѣкоторыми психіатрами считается лишь за острѣйшую форму маніакальной аменціи.

При меланхолической формѣ аменціи дифференціальную діагностику прежде всего приходится ставить между меланхоліей и меланхолической аменціей. При меланхоліи также можетъ быть на время затуманеніе сознанія; но оно является лишь временнымъ симптомокомплексомъ; если оно и развилось у меланхолика, ~~то~~, продержавшись короткое время, оно исчезаетъ, и у больного остается лишь аффективное сосотояніе съ соотвѣтствую-

щими ему другими симптомами, но нѣтъ помраченія сознанія въ тѣсномъ смыслѣ этого слова. При меланхолической аменціи рядомъ съ тоскливымъ аффектомъ существуетъ затуманеніе сознанія, причемъ такой больной не можетъ оріентироваться ни въ мѣстѣ, ни во времени, плохо запоминаетъ имена окружающихъ лицъ. Разспросивши такого больного, вы убѣждаетесь въ томъ, каково у него сознаніе окружающаго, и имѣете ли вы дѣло съ чистой меланхоліей, или съ меланхолической аменціей; при этомъ нужно принимать во вниманіе то обстоятельство, является-ли затуманеніе сознанія стойкимъ элементомъ, или же случайнымъ. Подобно тому какъ можно различать три острыхъ маніакальныхъ состоянія, именно: 1) манію, 2) маніакальную аменцію и 3) маніакальную везанію, подобно-же этому можно различать также и три острыхъ меланхолическихъ состоянія: 1) меланхолію, 2) меланхолическую аменцію и 3) меланхолическую везанію (vesania melancholica). Послѣдняя болѣзнь является смѣшанной формой. Въ ней сочетаются одновременно признаки трехъ болѣзненныхъ состояній: во-первыхъ, меланхоліи, во вторыхъ аментивные симптомы и въ третьихъ паранойяльные признаки. Больной, страдающій *vesania melancholica*, иногда мало разговариваетъ, неохотно отвѣчаетъ на вопросы; въ тоже время изъ разговора съ нимъ можно убѣдиться, что онъ, хотя и не вполнѣ правильно, но разбирается въ окружающемъ; въ то-же время у него можно констатировать несомнѣнное присутствіе отрывочныхъ и несистематизированныхъ бредовыхъ идей преслѣдованія. Это будетъ не аментикъ, который совсѣмъ не разбирается въ окружающемъ и у котораго сознаніе весьма помрачено; но это и не чистый меланхоликъ, такъ какъ у него сознаніе все таки разстроено больше, чѣмъ у меланхолика; это и не параноикъ, хотя у него и существуютъ бредовыя идеи преслѣдованія. Нѣкоторые психіатры не признаютъ существованіе отдѣльной болѣзни въ формѣ vesania melancholica; одни относятъ ее въ группу аменцій, дррrіе въ группу меланхолій. Мнѣ-же лично думается, что существуютъ формы острыхъ меланхолическихъ состояній, которыя можно выдѣлять въ формѣ самостоятель-

ной и обособленной болѣзни; такую форму болѣзни и можно называть *vesania melancholica* (терминъ С. С. Корсакова). Какъ vesania melancholica, такъ и vesania maniacalis отличаются отъ другихъ, имъ соотвѣтствующихъ, формъ бо́льшею продолжительностью болѣзни; онѣ тянутся обыкновенно около года или нѣсколько больше

Переходимъ теперь къ разсмотрѣнію вопроса о лѣченіи различнаго рода аменцій. Такъ какъ аменція въ нѣкоторыхъ случаяхъ является излѣчимой болѣзнью, то слѣдуетъ рекомендовать наиболѣе раннее помѣщеніе больного въ лѣчебницу или въ больницу. Въ первое время слѣдуетъ примѣнять постельное содержаніе. Лѣченіе теплыми ваннами производится по обычному способу; именно, больному дѣлается черезъ день теплая ванна, въ 28° по Реомюру; въ ваннѣ больной остается 15—20 минутъ; если-же имѣемъ дѣло съ маніакальной аменціей, то ванны можно дѣлать больному продолжительныя, напр., до 1/2 часа или даже больше, если нѣтъ, конечно, противопоказанія со стороны внутреннихъ органовъ. Если больной не очень возбужденъ и если нѣтъ лихорадочнаго состоянія, то, пользуясь постельнымъ содержаніемъ, можно одновременно выводить, хотя-бы на короткое время, больного на прогулки. Что касается лѣкарственныхъ веществъ, то при всякаго рода формахъ острой аменціи желательно назначеніе укрѣпляющихъ средствъ, какъ-то препаратовъ Fe и As, впрочемъ преимущественно въ періодѣ улучшенія. Если существуетъ у больного рѣзко выраженное меланхолическое состояніе, то слѣдуетъ назначать то или другое изъ наркотическихъ средствъ; самымъ легкимъ средствомъ въ этомъ отношеніи будетъ кодеинъ (по 0, 015—0, 02, два—три раза въ день), опій (по 0,015, 0,03—0,05—два-три раза въ день), морфій (по 0, 0075—0, 0125), heroinum hydrochloricum (0, 0015—0, 002, два—три раза въ день). Если нѣтъ меланхолическаго аффекта, если имѣемъ дѣло съ бредовой, дементной или особенно маніакальной формой аменціи, то необходимо, по моему мнѣнію, назначить больному ergotinum Bonjeani (1,0 на 150,0—180,0—200 о воды, по 1 столовой ложкѣ 2—3 разъ

въ день). Какъ мы уже говорили, эрготинъ очень долгое время давать не слѣдуетъ; въ среднемъ можно давать его около 2-хъ недѣль; если-же дозы его велики, то и того меньше; если дозы сравнительно невелики, то можно давать и подольше.

Что касается ухода, то въ этомъ отношеніи больные, страдающіе острой аменціей, нуждаются въ различномъ уходѣ; если имѣемъ дѣло съ меланхолическими формами аменціи, то уходъ за болными приближается къ уходу за меланхоликами вообще Слѣдовательно, при этомъ нужно обратить вниманіе на то, чтобы больной не нанесъ себѣ какихъ-либо поврежденій, чтобы онъ не покончилъ съ собой. Больной такой можетъ нанести себѣ тяжелое поврежденіе, можетъ кусать, напр., пальцы на рукахъ. Извѣстны случаи, что больные сами откусывами себѣ пальцы. Въ такихъ случаяхъ за больнымъ нужно устроить постоянное наблюденіе, нужно постоянно слѣдить за нимъ, имѣть всегда его на виду у ухаживающаго персонала. Если стремленіе кусать себѣ пальцы или другія части тѣла у больного очень упорное, то можно забинтовать ему пальцы, особенно если на нихъ уже имѣются поврежденія; иногда бываетъ такъ, что незабинтованный палецъ больной кусаетъ; а если вы наложите повязку на пальцы, то больной оставляетъ ихъ больше въ покоѣ. Иногда такіе больные обнаруживаютъ очень настойчивое стремленіе покончить съ собой; напр., они заталкиваютъ себѣ въ ротъ платокъ или какую нибудь тряпку, повторяя это нѣсколько разъ. Иногда больные берутъ весь платокъ въ ротъ и стискиваютъ зубы. Понятно, что оставлять платокъ, особенно на ночь, такому больному нельзя. Въ ночное время, когда надзоръ, естественно, слабѣе, чѣмъ днемъ, такихъ больныхъ слѣдуетъ помѣщать на глазахъ у прислуги, объяснивъ, въ какомъ отношеніи больной является наиболѣе опаснымъ для себя. Иногда больные съ меланхолической аменціей мало ѣдятъ, имѣютъ наклонность отказываться отъ пищи; потому, приходится всѣми силами стараться какъ-нибудь питать больныхъ. Иногда это удается, хотя и не безъ большого труда для окружающихъ. Если же больной отказывается отъ питья и отъ

пищи упорно то приходится прибѣгать къ искусственному питанію.

Пользуясь здѣсь случаемъ, чтобы остановиться на этомъ подробнѣе. Сколько времени можно ждать, если больной не ѣстъ и не пьетъ? Точнаго срока установить нельзя. Если больной не ѣстъ, но пьетъ, то ждать съ насильственнымъ кормленіемъ можно дольше, чѣмъ тогда, когда больной и не пьетъ, и не ѣстъ. Можно ждать съ насильственнымъ кормленіемъ дней 6, съ недѣлю, рѣдко дольше, смотря по питанію больного, смотря по тому, какъ онъ питался до этого, смотря по состоянію пульса и т. д. Во многихъ случаяхъ кормленіе начинаютъ тогда, когда въ мочѣ появляется ацетонъ и ацето-уксусная кислота; появленіе такихъ составныхъ частей въ мочѣ служитъ указаніемъ на глубокое измѣненіе питанія, вызванное голоданіемъ. Такъ какъ насильственное кормленіе является весьма тягостнымъ, непріятнымъ для больныхъ, то нужно строго обсудить всѣ данныя за и противъ него въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Нужно испробовать всѣ мѣры, чтобы принудить больного ѣсть, поддержать его питаніе. Рекомендуются, въ случаѣ упорнаго отказа отъ пищи, питательныя клизмы изъ бульона, молока; но при отказѣ отъ пищи ихъ бываетъ недостаточно для поддержанія силъ больного. Если-же вы рѣшили, прежде чѣмъ прибѣгнуть къ насильственому кормленію, назначить больному питательныя клизмы, то ихъ слѣдуетъ дѣлать такимъ образомъ: больному предварительно назначается обыкновенная клизма для удаленія каловыхъ массъ и для облегченія всасыванія слѣдующей питательной клизмы. Первая клизма можетъ быть довольно большой, изъ 4, напр., стакановъ воды Когда, затѣмъ, больного прослабило, то ставится вторая, т. е., питательная клизма, небольшая въ $^1/_2$ стакана, напр. Лучше поставить такую клизму 2—3 раза въ день и вводить небольшія дозы питательной жидкости, чѣмъ ставить сразу большія клизмы, такъ какъ, чѣмъ больше будетъ клизма, тѣмъ меньше надежды на то, что больной ее удержитъ. Въ послѣдніе годы рекомендовали назначеніе больнымъ отказывающимся отъ пищи,

клизмы изъ физiологическаго раствора поваренной соли, утверждали, что подобныя клизмы вызываютъ усиленный позывъ на ѣду и заставляютъ будто-бы больныхъ начинать ѣсть. Но результаты возлагаемые на такiя клизмы не оправдываются повидимому, въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Но если все, что вы предпринимаете, не въ состоянiи заставить больного ѣсть, то рано или поздно вы должны, будете, прибѣгнуть къ насильственному кормленiю; попытки накормить больного безъ зонда не удаются или-же вызываютъ такое сопротивленiе, которое является опаснымъ для больного, такъ какъ во время борьбы съ нимъ ему легко можно нанести случайное поврежденiе, попортить зубы, повредить во рту: является опасность, что пища можетъ попасть въ дыхательное горло; да и многiе изъ больныхъ, упорно отказывающiеся отъ пищи, не глотаютъ вовсе пищи, вводимой имъ въ ротъ а выплевываютъ ее. Зажиманiе же носа для того, чтобы заставить больного проглотить пищу, совершенно нежелательно, ибо является опаснымъ моментомъ въ смыслѣ попаденiя пищи въ дыхательное, горло.

И такъ, положимъ вы рѣшили, что ждать дольше съ насильственнымъ кормленiемъ нельзя, что дальнѣйшее промедленiе въ этомъ отношенiи является уже опаснымъ и угрожающимъ жизни больного. Тогда заранѣе нужно быть готовымъ для искусственнаго кормленiя. Для этого заблаговременно готовится та жидкость, которая будетъ вводиться больному черезъ зондъ. Для данной цѣли нужно имѣть нѣсколько стакановъ жидкости, состоящей изъ бульона и молока; въ нее вы разбиваете два-три жидкихъ яйца, прибавляете еще иногда немного вина. Изъ инструментовъ необходимыхъ для искусственнаго кормленiя нужно имѣть прежде всего самый зондъ. Нѣкоторые врачи употребляютъ кормленiе зондомъ черезъ ротъ. Зондъ, употребляемый съ этою цѣлью, нужно брать мягкiй средняго размѣра. Предварительно вы изслѣдуете сами такой зондъ, смотрите, нѣтъ ли въ немъ трещинъ, крупныхъ изъяновъ шероховатостей, т е обращаете вниманiе на то, нѣтъ

ли въ зондѣ чего-нибудь такого, что можетъ причинить больному поврежденіе слизистой оболочки тѣхъ органовъ, через которые будетъ проходить зондъ. Нужно замѣтить, что гуттаперчивый мягкій зондъ при долгомъ храненіи и лежаніи портится; поэтому, всегда заблаговременно слѣдуетъ посмотрѣть, въ какомъ состояніи находится у васъ зондъ.

Далѣе, на зондѣ вы отмѣчаете чѣмъ-нибудь, напр., при помощи завязанной ниточки, то мѣсто, до котораго надо вводить зондъ, т. е., отмѣриваете приблизительно разстояніе отъ конца зонда, равное разстоянію отъ зубовъ до входа въ желудокъ. Такъ какъ больные сильно сопротивляются въ большинствѣ случаевъ при кормленіи черезъ зондъ, стискиваютъ зубы, то нужно имѣть нѣкоторое приспособленіе для разжиманія челюстей; употребленіе для этого винтовыхъ разжимателей нежелательно; во многихъ случаяхъ достаточно лишь деревянныхъ клиньевъ изъ дуба, съ зазубринками; такихъ деревянныхъ разжимателей нужно имѣть не менѣе двухъ. Далѣе, желательно имѣть коротенькую металлическую слегка согнутую трубку, которую можно бы надѣвать на указательный палецъ правой руки, такимъ образомъ, чтобы конецъ пальца выходилъ изъ этой трубки и могъ бы служить для изслѣдованія и направленія конца зонда; причемъ лицо, вводящее въ ротъ больному палецъ свой, не рискуетъ, что больной сожметъ челюстями палецъ. Для того, чтобы приступить къ насильственному кормленію и быть увѣреннымъ въ его успѣхѣ, нужно имѣть достаточное число помощниковъ. Больной укладывается на кровать, отодвинутую непремѣнно отъ стѣны. Одинъ изъ вашихъ помощниковъ держитъ больному голову, слегка прикрытую на лбу и глазахъ салфеткой или полотенцемъ, этотъ же помощникъ или другой долженъ удерживать внимательно и осторожно у угловъ рта введенные вами деревянные клинья для разжиманія челюстей. Что касается употребленія этихъ деревянныхъ клиньевъ, то вы стараетесь ихъ ввести больному въ ротъ въ то время, когда его уже держатъ. Если больной сильно стискиваетъ зубы, то раскрыть ротъ удается съ боль-

шимъ трудомъ; съ этой операціей не нужно торопиться; нужно стараться пользоваться всякимъ моментомъ, когда больной можетъ открыть ротъ; напр., тѣмъ моментомъ когда онъ вскрикнетъ или что-нибудь скажетъ. Если у больного крѣпкіе зубы и нѣтъ выпавшихъ зубовъ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ разжиманіе челюстей болѣе затруднительно, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда у больного не достаетъ зуба или зубовъ. Когда вамъ удалось ввести конецъ деревяннаго клина больному въ ротъ, то вы отдвигаете его къ углу рта; берете, затѣмъ другой клинъ и поступаете такимъ же образомъ. Вашъ помощникъ долженъ внимательно и осторожно держать деревянные клинья, слѣдить за тѣмъ, чтобы больному не удалось отъ нихъ освободиться, что можетъ быть непріятнымъ и даже опаснымъ потому, что больной, освободившись отъ клиньевъ, можетъ перекусить зондъ или ущемить вашъ палецъ, если вы введете его въ ротъ больному, чтобы убѣдиться въ томъ, правильно ли идетъ конецъ зонда. Прежде чѣмъ вводить зондъ, его нужно чѣмъ-нибудь смочить, или просто можно окунуть конецъ его въ ту жидкость, которую приготовили для кормленія. Когда вы вводите зондъ, то дѣлайте это не спѣша, съ возможнымъ хладнокровіемъ, обращая вниманіе на то, не свертывается-ли зондъ во рту, не встрѣчаетъ-ли онъ на своемъ пути большого препятствія. Если нѣтъ ничего особеннаго, то зондъ проходитъ довольно легко, и вы вводите его, руководствуясь обозначеннымъ пунктомъ на зондѣ. Конечно, прежде чѣмъ приступить къ разжиманію челюстей и ко введенію зонда, необходимо имѣть достаточное количество прислуги, которая бы держала больного, которая бы могла удерживать его руки и ноги и лишить его возможности сопротивляться введенію зонда. Вы же должны быть свободны отъ держанія. Когда вы ввели больному зондъ, то надѣваете на свободный конецъ воронку, которую держитъ отдѣльное лицо. Воронку не слѣдуетъ поднимать очень высоко; если въ желудокъ поступаетъ болѣе медленная струя, подъ меньшимъ давленіемъ, то меньше шансовъ на появленіе рефлекторной рвоты. Для того чтобы убѣ-

диться, что зондъ введенъ въ желудокъ, вы просите налить въ воронку немного простой воды; если при этомъ вода свободно спускается внизъ и если у больного не появилось кашлевыхъ движеній, то можно быть увѣреннымъ, что зондъ введенъ правильно, что жидкость при вливаніи не попадаетъ въ дыхательное горло. Тогда вы вводите черезъ зондъ питательную жидкость, постепенно наливая ее въ воронку; если жидкость перестаетъ спускаться по трубкѣ, то воронку можно попробывать приподнять повыше. Если у больного началась во время кормленія рвота, то лучше поспѣшить съ удаленіемъ зонда. Для избѣжанія такой рвоты, необходимо знать, не поѣлъ ли самъ больной предъ тѣмъ, когда вы приступаете къ кормленію насильственнымъ образомъ. Когда вы ввели въ желудокъ больного достаточное количество питательной жидкости, то выводите осторожно и не очень быстро зондъ изъ пищевода. До тѣхъ поръ, пока вы не удалили зонда совсѣмъ, вашъ помощникъ, держащій деревянные клинья, долженъ оставлять ихъ на мѣстѣ. При кормленіи черезъ зондъ больного достаточно кормить одинъ разъ въ день, въ опредѣленное время; конечно, можетъ случиться необходимость кормить его и два раза, но это дѣлается смотря по обстоятельствамъ. Иногда больныхъ приходится кормить черезъ зондъ, болѣе или менѣе продолжительное время, но нерѣдко больные начинаютъ ѣсть и послѣ первыхъ разовъ кормленія насильственнымъ образомъ.

Какъ вы сами убѣдитесь, больные, страдающіе меланхолической аменціей, представляютъ большое разнообразіе съ внѣшней стороны; поэтому, здѣсь нѣтъ возможности перечислить и упомянуть о всѣхъ особенностяхъ ухода за больными, связанныхъ съ ихъ индивидуальными особенностями

Что касается ухода за больными, страдающими маніакальной аменціей, то здѣсь, какъ мы сказали выше, нужно стараться примѣнять, въ особенности въ первое время болѣзни, строгое постельное содержаніе; къ постельному содержанію больной привыкаетъ довольно легко и безъ особенныхъ затрудненій; но это бываетъ невсегда; иногда подъ вліяніемъ

бреда и обмановъ органовъ чувствъ, больной проявляетъ большое двигательное возбужденіе; будучи предоставленъ самому себѣ, больной вскакиваетъ съ постели, бѣгаетъ, скачетъ, встаетъ на окно, ворочаетъ и двигаетъ кроватью и т. д.; въ это время онъ меньше поддается вліянію, легче можетъ ушибиться, больше теряетъ физическихъ силъ; поэтому, больного всѣми мѣрами нужно пріучать къ постельному содержанію, тогда и внѣшнее проявленіе болѣзни будетъ мягче и менѣе бурнымъ. Иногда, временами, приходится насильственно удерживать больного въ постели; иногда это дѣлается недолгое время, по нѣсколько минутъ, иногда же приходится примѣнять такое удерживаніе подольше, хотя и съ перерывами.

Если больной бьется сильно, то спинки кровати должны быть покрыты чѣмъ нибудь мягкимъ; вообще, кровать больного должна быть устроена такъ, чтобы онъ не ушибся. Когда больному приходится удерживать руки, то удобнѣй всего брать больного одной рукой за кисть, а не за одно предплечье, такъ какъ при держаніи руки за предплечье чаще и больше появляется синяковъ, какъ слѣдовъ удерживанія, особенно у тучныхъ женщинъ; если больной бьетъ ногами, то ихъ нужно удерживать, покрывши одѣяломъ или чѣмъ-нибудь мягкимъ. Для удерживанія больного за руки можно пользоваться мягкими изъ марли и ваты тонкими подушечками. Если у маніакальнаго аментика повышена температура сколько-нибудь значительно и если возбужденіе очень велико, то можно примѣнить холодъ на голову или въ видѣ смѣняемыхъ компрессовъ, или пузыря со льдомъ или снѣгомъ, но не очень тяжелаго. Холодъ примѣняется не постоянно, а съ перерывами и въ теченіи 10—15—20 минутъ? Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ маніакальной аменціи приходится нѣсколько индивидуализировать уходъ за больнымъ; такъ, напр., при нѣкоторыхъ острыхъ маніакальныхъ приступахъ, приближающихся къ vesania maniacalis, насильственное удерживаніе больного въ постели иногда не приноситъ пользы, а сильно раздражаетъ больного, что

наблюдается у женщинъ, которыя при этомъ не выносятъ удерживанія ихъ въ постели.

Тоже самое нужно сказать и относительно нѣкоторыхъ формъ острой меланхолической спутанности, когда больные не лежатъ въ постели, постоянно рвутся куда-то, встаютъ, подолгу стоятъ на ногахъ, постоянно пугаются, когда къ нимъ прикасаются; конечно, въ такихъ случаяхъ нужно быть осторожнымъ съ насильственнымъ примѣненіемъ постельнаго содержанія.

При уходѣ за больными, страдающими аменціей, большое значеніе имѣетъ правильное и разумное наблюденіе за опрятностью больныхъ, такъ какъ многіе аментики представляютъ наклонность къ неопрятности. Во многихъ больницахъ устраиваются, такъ называемыя, отдѣленія для неопрятныхъ; но въ нихъ нужды собственно нѣтъ. Внимательное отношеніе къ больнымъ, умѣнье обращаться и ухаживать за ними, сводитъ неопрятность больного до ничтожнаго minimum'a. Особенныхъ приспособленій въ кроватяхъ больныхъ, спеціальныхъ отверстій въ срединѣ, выдвижныхъ ящиковъ, куда стекала бы моча,— вовсе и не нужно; можно обходиться и безъ нихъ. Нужно пріучить больныхъ къ опрятности; на всякій случай неопрятности врачъ долженъ обратить свое вниманіе, расспрашивать окружающихъ, при какихъ условіяхъ больной былъ неопрятенъ, предлагали-ли ему предъ этимъ помочиться или испражниться, и сколько разъ дѣлалось такое предложеніе. Если у больного существуетъ наклонность къ неопрятности, то ему нужно напоминать объ естественныхъ нуждахъ, сажать его на судно, черезъ опредѣленное время или-же подавать подкладное судно если онъ слабъ. Если у больного существуетъ стремленіе испражняться подъ себя, то можно ежедневно ставить ему клизму и удалять такимъ образомъ испражненія въ опредѣленное время. Чѣмъ лучше и выше уходъ за больными, чѣмъ правильнѣе онъ поставленъ тѣмъ и неопрятность больныхъ должна быть меньше.

Такъ какъ относительно неопрятности наблюдается у боль-

ныхъ большое разнообразіе во внѣшнихъ особенностяхъ, то въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ неопрятности приходится индивидуализировать борьбу съ нею. Нужно руководствоваться правиломъ, что больныхъ неопрятныхъ по возможности быть не должно, что каждый случай неопрятности почти всегда можно въ другой разъ избѣжать; не нужно считать неопрятность чѣмъ-то роковымъ и неизбѣжнымъ при уходѣ за душевно-больными. Если больной слабъ, небезпокоенъ, подолгу лежитъ безъ движенія, то для собиранія мочи весьма цѣлесообразно пользоваться мочепріемникомъ.

Нельзя, какъ вы хорош о понимаете, перечислить всѣхъ мелочей при уходѣ за разнаго рода аментиками. Зная лишь общія правила, вы легко и безъ труда оріентируетесь въ разныхъ подробностяхъ, и чѣмъ больше будете вникать въ уходъ за больными, чѣмъ больше подробностей будете знать о каждомъ больномъ, тѣмъ правильнѣе будетъ ваше лѣченіе больного т е тѣмъ больше вы сдѣлаете пользы для него

Лекція восьмая

Паранойя или первичное помѣшательство характеризуется существованіемъ у больного бредовыхъ или нелѣпыхъ идей при сохраненіи яснаго формальнаго сознанія; такого рода больной хорошо оріентируется въ окружающемъ, онъ знаетъ кто его окружаетъ и весьма нерѣдко производитъ на лицъ, не знающихъ истиннаго состоянія его, впечатлѣніе здороваго человѣка, что объясняется тѣмъ, что больной можетъ иногда очень искусно скрывать свой бредъ. Характернымъ признакомъ первичнаго помѣшательства является наклонность бредовыхъ идей къ систематизаціи. Многіе больные этого рода, будучи несомнѣнно больными, продолжаютъ заниматься привычнымъ для нихъ дѣломъ, могутъ подавлять при извѣстныхъ условіяхъ свои бредовыя мысли, справляться съ существующими галлюцинаціями. Говоря въ настоящее время о первичномъ помѣшательствѣ, я буду имѣть въ виду лишь хроническую паранойю, неизлѣчимую форму, характеризующуюся то медленнымъ развитіемъ, то болѣе быстрымъ, то быстро ведущую къ упадку умственной дѣятельности, то долго не ведущую къ слабоумію. Паранойя можетъ начинаться, то въ болѣе молодомъ возрастѣ, то въ среднемъ, то въ болѣе пожиломъ. Внѣшнія проявленія этой болѣзни весьма разнообразны. На характерѣ бреда и его внѣшнихъ проявленіяхъ отражается возрастъ больного, его общественное положеніе, образованіе, окружающая среда и т. д. Для того чтобы имѣть исходный пунктъ для разсмотрѣнія раз-

личныхъ видовъ первичнаго помѣшательства, начнемъ съ того типа, который можно считать основнымъ. У васъ, можетъ быть, является вопросъ, почему употребляется терминъ *первичное* помѣшательство. Прежде полагали, что всякое душевное разстройство начинается съ измѣненія настроенія, при чемъ бредовыя идеи считались явленіемъ вторичнымъ; позднѣе-же убѣдились въ томъ, что бредовыя идеи иногда могутъ развиться и первично, какъ это и бываетъ при паранойѣ, откуда и русское названіе *первичное помѣшательство*.

Хроническая паранойя является нерѣдко въ формѣ бреда преслѣдованія; я употребляю терминъ *бредъ преслѣдованія* и долженъ здѣсь подчеркнуть, что въ настоящее время не употребляется термина «манія преслѣдованія». Вотъ въ чемъ выражается этотъ бредъ: напр., больной, занимающійся своимъ привычнымъ дѣломъ, начинаетъ замѣчать, что къ нему окружающіе дурно относятся; онъ видитъ, что его не долюбливаютъ, хотятъ сдѣлать ему непріятность, составляютъ противъ него заговоръ; онъ начинаетъ видѣть намёки со стороны окружающихъ. Сначала больной колеблется относительно правильности своихъ новыхъ умозаключеній; вначалѣ дѣло ограничивается только подозрительностью, устраненіемъ себя отъ окружающихъ; но, затѣмъ, больной постепенно убѣждается все больше и больше въ томъ, что къ нему относятся дѣйствительно дурно и преслѣдуютъ его за что-то. Постепенно онъ начинаетъ замѣчать, что его мысли какимъ-то образомъ узнаются; больной провѣряетъ эти заключенія и убѣждается въ томъ, что дѣйствительно онъ только подумаетъ, а окружающіе уже дѣлаютъ на это какія-то свои заключенія. Больной продолжаетъ наблюдать и замѣчать все то, что происходитъ вокругъ; прежде многая часть того, что происходило вокругъ него, не принималось имъ на свой счетъ, теперь же ему начинаетъ казаться, что бо́льшая часть того, что происходитъ вокругъ него, имѣетъ къ нему какое-то особенное и таинственное отношеніе; предъ нимъ словно открывается какая-то завѣса, и онъ узнаетъ, что онъ сдѣлался центромъ чего-то, всѣ почему-то обращаютъ на

него вниманіе, словно завидуютъ ему, его положеніи, хотятъ воспользоваться выгодами отъ его погибели. Ему приходятъ въ голову мысли, что, можетъ быть, существуетъ какая-нибудь партія завистниковъ, его личныхъ враговъ, которые преслѣдуютъ его и строятъ ему козни, дѣлаютъ разныя непріятности. Умственные интересы у больного становятся слабѣе, онъ больше погружается въ себя, въ изслѣдованіе того, что происходитъ вокругъ него: у него постепенно все больше и больше развивается эгоцентрическая точка зрѣнія. Ему начинаетъ думаться, что онъ попалъ въ искусно разставленныя сѣти, что его волей кому-то удалось завладѣть, кому-то нужно и выгодно сдѣлать его психически больнымъ, погубить его и т. д.

Больной можетъ придти къ заключенію, что его нервной системой завладѣли при помощи электричества, гипнотизма или другой какой-нибудь силы. При помощи гипнотическаго вліянія, по его мнѣнію, на него оказываютъ дѣйствіе, управляютъ его волей, внушаютъ ему посторонніе и ему несвойственные мысли, желанія и поступки; при помощи тѣхъ же силъ узнаютъ и его мысли па разстояніи. Больной начинаетъ видѣть и слышать со стороны окружающихъ не только намёки, но и опредѣленныя слова, цѣлыя фразы, и, наконецъ, и разговоры. Его враги устраиваютъ такъ, что заставляютъ его переговариваться съ ними на разстояніи, заставляютъ его слышать то, что дѣлается и происходитъ иногда весьма далеко отъ него. Тогда у него появляется то, что называется имъ «мысленнымъ разговоромъ»; этотъ «мысленный разговоръ» имѣетъ тѣсное отношеніе къ тому, что называется слуховыми псевдогаллюцинаціями, слуховыми психическими галлюцинаціями или беззвучными слуховыми галлюцинаціями. Иногда у больного долгое время не бываетъ слуховыхъ обмановъ, иногда-же появляются яркія слуховыя галлюцинаціи, т. е., истинныя галлюцинаціи, а не псевдогаллюцинаціи; при нѣкоторыхъ формахъ первичнаго помѣшательства галлюцинацій почти или совсѣмъ не бываетъ.

Нерѣдко среди вполнѣ развитого бреда преслѣдованія появляются у больного мысли о томъ, что, можетъ быть, его пре-

слѣдуютъ потому, что хотятъ скрыть тайну его происхожденія, что родители его подставныя лица, что онъ рожденъ отъ знатныхъ и высокопоставленныхъ лицъ, что онъ, можетъ быть, происходитъ даже изъ царской фамиліи.

Больные, страдающіе бредомъ преслѣдованія, нерѣдко весьма искусно скрываютъ свой бредъ, даютъ отрицательный отвѣтъ тамъ, гдѣ нужно бы получить отъ нихъ положительный отвѣтъ. Окружающіе обыкновенно неточно опредѣляютъ начало болѣзни такого рода больныхъ, такъ какъ о болѣзни тогда начинаютъ говорить, когда больной ведетъ себя явно неправильно, когда онъ не въ состояніи справиться съ своимъ бредомъ и съ обманами органовъ чувствъ, когда онъ начинаетъ угрожать окружающимъ, часто опредѣленнымъ лицамъ, т. е., тогда, когда болѣзнь уже существуетъ сравнительно давно. Поэтому, если изъ разсказа окружающихъ вы предполагаете, что больной страдаетъ бредомъ преслѣдованія, т. е., хроническимъ первичнымъ помѣшательствомъ, то всегда нужно подробно разспросить о томъ, какъ ведетъ себя больной, уединяется ли онъ, или нѣтъ, какъ онъ ведетъ себя по отношеніи къ окружающимъ, не сердится-ли на нихъ, не подозрѣваетъ-ли ихъ въ чемъ-нибудь, не говоритъ-ли о томъ, что къ нему дурно относятся, что его преслѣдуютъ, не замѣчаютъ-ли, чтобы онъ разговаривалъ самъ съ собой, шепталъ про себя, не говоритъ-ли о томъ, что его гипнотизируютъ и т. д.

Если больной сталъ подозрительнымъ съ точки зрѣнія окружающихъ, то нужно узнать, давно-ли измѣнился его характеръ, не часто-ли мѣняетъ мѣста изъ-за того, что ему думается, что къ нему дурно относятся, не боится-ли онъ, что ему даютъ пищу съ отравой и т. д.

Болѣе точное опредѣленіе психическаго состоянія параноика совершается послѣ разспроса его, изслѣдованія его. Разспросъ такого больного представляется иногда дѣломъ нелегкимъ. Нужно имѣть достаточно опытности, чтобы разспрашивать, напр., тѣхъ больныхъ, которые скрываютъ свой бредъ. Дѣло въ томъ что нерѣдко у параноиковъ, рядомъ съ бре-

довыми убѣжденіями существуютъ здоровыя убѣжденія изъ безсознательной области, благодаря которымъ такой больной понимаетъ, словно, что онъ боленъ, что нѣкоторыя изъ его мыслей неправильны, что высказывая ихъ, онъ будетъ принятъ за умственно разстроеннаго. Иногда больной очень упорно скрываетъ свой систематизированный бредъ, и только поведеніе больного, его манера отвѣчать на предлагаемые вопросы, постепенность въ разспросѣ, могутъ обнаружить существованіе бреда тамъ, гдѣ онъ скрывается больнымъ.

Для поясненія я позволю себѣ привести нѣсколько примѣровъ, которые лучше пояснятъ, въ чемъ здѣсь дѣло. Обращаются за совѣтомъ въ Клинику по поводу больного, молодого человѣка, воспитанника одного изъ высшихъ учебныхъ заведеній. Роднымъ онъ никакого бреда не высказывалъ, считался врачами, его лѣчившими за неврастеника, которому, вслѣдствіе неврастеніи, трудно заниматься. Больной лѣчился въ одномъ изъ психіатрическихъ заведеній по случаю той-же «психической неврастеніи»; тамъ онъ скрывалъ свой бредъ, какъ это было видно потомъ изъ исторіи болѣзни. Когда онъ обратился въ здѣшнюю Клинику, то въ пріемной нѣкоторое время отъ него не удавалось получить свѣдѣній о существованіи бреда; больной отрицалъ бредовыя идеи, а жаловался на то, что ему стало трудно заниматься, что какія-то обстоятельства мѣшаютъ ему въ этомъ; спустя нѣкоторое время, удалось убѣдиться, что больной что-то хочетъ сказать, но остерегается говорить при многихъ лицахъ. Когда послѣднія вышли изъ пріемной, больной, оставшись одинъ съ врачемъ, снова нѣкоторое время колебался, потомъ рѣшился высказать свои сокровенныя мысли, попросивъ предварительно, чтобы то, что онъ разскажетъ, осталось-бы тайною. И тутъ онъ сообщилъ, что ему трудно заниматься потому, что его тревожитъ одно дѣло, которое ему хотѣлось-бы выяснить. Онъ замѣчаетъ, что на него обращаютъ особенное вниманіе; на основаніи разныхъ мелкихъ наблюденій и побочныхъ соображеній, онъ убѣдился въ томъ, что родители его подставныя лица; онъ увѣренъ въ томъ что онъ

происходитъ изъ высокопоставленнаго рода, что онъ былъ подмѣненъ другимъ лицомъ, когда былъ еще маленькимъ ребенкомъ. Сохраняя ясность формальнаго сознанія, больной легко скрываетъ свой бредъ: онъ считаетъ себя больнымъ, но только нервно-больнымъ, нервы котораго разстроились вслѣдствіе пережитыхъ непріятностей, связанныхъ съ тайной его личной жизни. Ему воображается, что онъ имѣетъ сходство съ членами извѣстной фамиліи, именно съ опредѣленными лицами. Конечно, если вы спросите у такого больного прямо, не кажется ли ему, что его преслѣдуютъ почему—нибудь, онъ дастъ отрицательный отвѣтъ. Задавать вопросы такому больному нужно крайне осторожно, постепенно, начиная разспросъ съ предложенія вопросовъ на темы, для него безразличныя сравнительно, напр., на счетъ сна, аппетита, отравленія кишечника и т. д.

Вотъ второй примѣръ. Больной, среднихъ лѣтъ; онъ состоитъ на службѣ въ одномъ изъ губернскихъ городовъ. Уже давно онъ замѣтилъ въ себѣ какую то перемѣну, давно обращаетъ вниманіе на то, что нѣкоторые изъ окружающихъ относятся къ нему недружелюбно. Мало-по-малу онъ убѣдился въ томъ, что волею его завладѣли посторонніе лица, что онъ подпалъ подъ ихъ вліяніе; благодаря тому, что нервы его разстроились, онъ, по его мнѣнію, сдѣлался крайне воспріимчивымъ, чувствительнымъ, вслѣдствіе чего на него стало дѣйствовать на разстояніи гипнотическое внушеніе. Его враги, думалось ему, хотятъ погубить его карьеру, воспользоваться его погибелью съ корыстною цѣлью; они внушаютъ ему свои мысли, путаютъ его при занятіяхъ, заставляя его писать, напр., не то, что нужно. Больной крайне осторожно и недовѣрчиво высказывалъ свои мысли, и подозрѣнія. Онъ увѣренъ, что онъ здоровъ, что онъ вовсе не психически больной, что все, что онъ испытываетъ, существуетъ на самомъ дѣлѣ. Насколько больной владѣетъ собою, это, между прочимъ, видно уже и изъ того обстоятельства, что больной состоитъ на службѣ и исполняетъ свои обязанности. У него существуютъ бредовыя

идеи преслѣдованія съ представленіемъ о томъ, что его гипнотизируютъ его преслѣдователи, которые узнаютъ его мысли и хотятъ погубить его. По отношенію къ одному изъ знакомыхъ онъ думаетъ, что тотъ болѣе всего виновенъ въ тѣхъ непріятностяхъ, которымъ онъ подвергается Однажды этотъ больной на какомъ тообщественномъ собраніи, подъ вліяніемъ бредовыхъ идей, велъ себя неправильно, на кого-то безъ причины разсердился и произвелъ скандалъ; повидимому, нѣкоторые изъ присутствовавшихъ были убѣждены, что имѣютъ дѣло съ душевно-больнымъ, такъ какъ этотъ параноикъ былъ отправленъ въ заведеніе для душевно-больныхъ Но въ общемъ, какъ я сказалъ выше, этотъ больной искусно скрывалъ свой бредъ и могъ производить на большинство лицъ, имѣвшихъ съ нимъ дѣло, впечатлѣніе психически здороваго человѣка; въ этомъ, повидимому, были убѣждены и его знакомые, которые способствовали освобожденію его изъ больницы. Я припоминаю еще аналогичный фактъ. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ одной нашей медицинской газетѣ появилась негодующая замѣтка кого-то изъ врачей, по поводу того, что въ одномъ изъ психіатрическихъ заведеній Швейцаріи, такой просвѣщенной и культурной странѣ, находится здоровый психически человѣкъ; а дѣло было вотъ въ чемъ: одинъ изъ профессоровъ университета страдалъ бредомъ преслѣдованія, и ему казалось, что нѣкоторые изъ товарищей являются его врагами, съ которыми нужно покончить. Будучи помѣщенъ въ больницу, этотъ больной скрывалъ свой бредъ, и скрывалъ его очень искусно, что и дало неправильный поводъ къ недоразумѣнію, вышеуказанному и отразившемуся въ газетной замѣткѣ. А между тѣмъ, родственники больного и лица, близко его знавшія, ясно и опредѣленно указывали, что это больной человѣкъ и опасный для окружающихъ.

Прекрасную и ярко нарисованную картину типическаго бреда преслѣдованія съ сохраненіемъ яснаго сознанія рисуетъ французскій психіатръ *Magnan*. Это — тонкій наблюдатель, одинъ изъ самыхъ выдающихся современныхъ французскихъ

психіатровъ; типическій бредъ преслѣдованія онъ называетъ хроническимъ бредомъ съ систематическимъ развитіемъ (délire chronique à évolution systématique). Я позволю себѣ, въ виду оригинальности взглядовъ своеобразнаго мыслителя—психіатра, подробнѣе остановиться на его описаніи хронической паранойи. По мнѣнію *Magnan'a*, хроническій бредъ развивается въ зрѣломъ возрастѣ, отъ 35 до 45 лѣтъ, чаще всего вслѣдствіе заботъ и непріятностей, у лицъ достигшихъ полнаго развитія своихъ душевныхъ и нравственныхъ силъ. Большею частью болѣзнь поражаетъ лицъ, хорошо уравновѣшенныхъ, причемъ у нѣкоторыхъ изъ нихъ существуетъ наслѣдственное предрасположеніе; но къ нимъ нельзя примѣнять названіе дегенерантовъ въ обычномъ смыслѣ этого слова. Хроническій бредъ развивается коварнымъ и незамѣтнымъ образомъ. *Первый періодъ* этой болѣзни, періодъ неопредѣленной тревоги, инкубаціи болѣзни, не имѣетъ рѣзкихъ границъ. Больной мало-помалу начинаетъ испытывать непріятное самочувствіе, смутное ощущеніе тревоги, становится подозрительнымъ, въ его душу закрадывается необъяснимое безпокойство, неуловимая тревога; больной начинаетъ плохо спать, теряетъ аппетитъ, не можетъ попрежнему заниматься своимъ привычнымъ дѣломъ; въ этотъ періодъ болѣзни, говоритъ *Magnan*, больного можно принять за ипохондрика. Въ сознаніи больного появляются новыя идеи, которыя завладѣваютъ имъ все больше и больше, онѣ поражаютъ его своею неожиданностью и новизною, удивляютъ больного, онъ борется съ ними, анализируетъ ихъ, часто колеблется, сомнѣвается въ справедливости своихъ новыхъ заключеній. Онъ начинаетъ прислушиваться къ тому, что дѣлается вокругъ, желая объяснить происхожденіе ихъ извнѣ. Приспособляя свой нормальный слухъ для этого, онъ начинаетъ изрѣдка замѣчать, что кто-нибудь изъ постороннихъ какъ будто произноситъ какую-нибудь фразу на его счетъ. Здѣсь уже начинается *бредовое толкованіе*. Сначала больной приметъ на свой счетъ какое-нибудь слово или фразу, вовсе не имѣющую значенія или-же разслышитъ въ окружающемъ разговорѣ та

кое слово, которое имѣетъ сходство съ какимъ-нибудь браннымъ словомъ, принимая послѣднее на свой счетъ; здѣсь уже будетъ *слуховая иллюзія.* Вскорѣ больной начинаетъ внимательнѣе присматриваться къ окружающему, наблюдать и изслѣдовать то, что происходитъ вокругъ него. Всему, что онъ видитъ и слышитъ, онъ начинаетъ придавать бредовое отношеніе. Кто-нибудь забылъ съ больнымъ поздороваться; онъ думаетъ, что это сдѣлано неспроста, а съ какою-то особенною цѣлью; всякій жестъ со стороны окружающихъ, кашель сосѣда, посторонніе взгляды, усмѣшки,—все это больной можетъ толковать бредовымъ образомъ, считая это за намеки на его счетъ. Это напряженное и постоянное размышленіе въ одномъ и томъ же направленіи, размышленіе сопровождающееся постояннымъ подслушиваніемъ того, что говорятъ вокругъ, производитъ длительное раздраженіе слухового кортикальнаго центра. Когда раздражительность въ этомъ центрѣ достигаетъ уже значительныхъ размѣровъ, происходятъ въ немъ самостоятельно и возникаютъ звуковые образы, имѣющіе сходство съ реальными образами, полученными вслѣдствіе периферическаго раздраженія. *Magnan* полагаетъ, что раздражительность слуховыхъ кортикальныхъ центровъ, помѣщающихся въ височныхъ доляхъ, имѣетъ исходной точкой раздраженія въ лобныхъ доляхъ гдѣ и происходитъ первоначальное измѣненіе молекулярныхъ процессовъ.

Такимъ образомъ, у больного, страдающаго хроническимъ бредомъ съ систематическимъ развитіемъ, постепенно совершается переходъ отъ бредоваго толкованія и отрывочныхъ слуховыхъ иллюзій къ галлюцинаціямъ слуха. Съ этого времени начинается *второй періодъ* болѣзни, періодъ тягостныхъ и многочисленныхъ галлюцинацій слуха, разстройство со стороны общаго чувства и *бредъ преслѣдованія.* Впачалѣ слуховые обманы проявляются въ формѣ неяснаго и неопредѣленнаго шума, шопота, тихихъ голосовъ, подавляемаго смѣха; затѣмъ, слуховыя галлюцинаціи становятся отчетливѣе, больной различаетъ ясно опредѣленныя слова, брань по его адресу

количество слуховыхъ галлюцинацій увеличивается: больному начинаютъ слышаться цѣлыя фразы. Раздражительность слухового кортикальнаго центра увеличивается по мѣрѣ развитія болѣзни. Помимо описанныхъ слуховыхъ образовъ, больному начинаютъ слышаться слова и цѣлыя фразы въ тѣхъ внѣшнихъ звуковыхъ, впечатлѣніяхъ, которыя доносятся до больного, напр., въ тиканьѣ часовъ, въ шумѣ экипажныхъ колесъ и т. д. Слуховыя галлюцинаціи появляются и при шумѣ, и въ тишинѣ, и ночью, и днемъ. Больному кажется, что повсюду говорятъ, изъ подъ—пола, изъ—за стѣны, съ потолка; галлюцинаціи преслѣдуютъ его всюду и дома, и на улицѣ; больной оглядывается, но никого не находитъ. Тутъ у него можетъ возникнуть мысль, что это «*гипнотическіе голоса*»; но онъ умѣетъ отличать ихъ отъ реальныхъ голосовъ; «*невидимыя*» лица, ведущія съ нимъ разговоръ, находятся въ большомъ числѣ, и не даютъ больному покоя. Больной замѣчаетъ, что постепенно і рядомъ съ его теченіемъ мыслей появляются чужія слова, фразы, цѣлые монологи. Тутъ ему уже начинаетъ думаться, что это его враги, которые ведутъ съ нимъ разговоры. Больной отвѣчаетъ имъ, появляются мысленные діалоги между нимъ и его врагами. Говоря объ этомъ *Magnan* дѣлаетъ образное сравненіе, замѣчая, что то, что больной считаетъ за свое, является раздраженіемъ лобныхъ долей, а то, что больной считаетъ за чужое, является результатомъ эретизма слуховыхъ корковыхъ центровъ, именно—височныхъ долей. Корковые слуховые центры пріобрѣтаютъ все бо́льшую и бо́льшую самостоятельность; они начинаютъ функціонировать до нѣкоторой степени самостоятельно, и больной становится постороннимъ слушателемъ тѣхъ безконечныхъ разговоровъ, которые ему слышатся.

Находясь подъ гнетомъ своихъ преслѣдователей, больной вскорѣ замѣчаетъ, что ему нельзя и укрыться отъ своихъ враговъ: онъ узнаетъ съ удивленіемъ, что самыя сокровенныя мысли его повторяются кѣмъ-то; кто-то повторяетъ иногда не только то, что онъ думаетъ, но и то, что онъ говоритъ, пишетъ, читаетъ Словно какое-то таинственное эхо повторяетъ все то

что происходитъ въ его мыслительномъ аппаратѣ. Надо думать, что въ этомъ періодѣ болѣзни раздражительность слухового кортикальнаго центра достигаетъ такой высокой степени, что всякая вибрація, происходящая въ какомъ нибудь мѣстѣ мозговой коры, является уже достаточной для того. чтобы вызвать послѣдовательно раздраженіе въ упомянутомъ центрѣ. *Magnan* упоминаетъ объ одномъ больномъ, который слышалъ свою мысль даже прежде. чѣмъ онъ успѣвалъ подумать.

Слѣдовательно, по мнѣнію *Magnan*' а слуховыя галлюцинаціи при хроническомъ систематизированномъ бредѣ являются вторичнымъ разстройствомъ, развивающимся подъ вліяніемъ первичнаго разстройства въ интеллектуальной сферѣ. Будучи въ началѣ простыми, слуховыя галлюцинаціи постепенно усложняются; спачала, какъ мы видѣли выше, больному слышатся слова, потомъ фразы и цѣлые монологи; наконецъ, появляются цѣлые діалоги и повтореніе мыслей или мысленное эхо. Галлюцинаціи бываютъ обыкновенно съ обѣихъ сторонъ, но иногда онѣ могутъ быть и съ одной стороны, т. е., бываетъ такъ, что больной слышетъ голоса своихъ преслѣдователей только на одно ухо. Въ этомъ случаѣ нужно, конечно, думать, что упомянутая болѣзненная и чрезмѣрная раздражительность коркового слухового центра происходитъ лишь въ одной височной долѣ. Иногда, при существованіи двустороннихъ слуховыхъ галлюцинацій, содержаніе ихъ бываетъ различное съ той и другой стороны. Бываютъ такіе случаи, гдѣ непріятныя галлюцинаціи начинаютъ постепенно уменьшаться, а одновременно съ этимъ съ другой стороны усиливаться пріятныя галлюцинаціи, что́ происходитъ нерѣдко при трансформаціи бреда преслѣдованія въ бредъ величія. Но рядомъ съ слуховыми галлюцинаціями при хроническомъ систематизированномъ бредѣ развиваются особаго рода разстройства, въ которыхъ чувственный элементъ отступаетъ на задній планъ и въ которомъ преобладаетъ психомоторный характеръ; это будутъ такъ называемыя психическія или моторныя словесныя галлюцинаціи,

зависящія отъ передачи раздраженія с корковаго слухового центра къ центру разговорной рѣчи.

Хотя слуховыя галлюцинаціи при хроническомъ систематизированнымъ бредѣ бываютъ всегда, хотя онѣ составляютъ одинъ изъ постоянныхъ его симптомовъ, но онѣ встрѣчаются не исключительно однѣ, а бываютъ одновременно и съ другими галлюцинаціями. Часто при хроническомъ бредѣ, по мнѣнію *Magnan*' а, бываютъ и галлюцинаціи вкуса и обонянія; такъ, такого рода больные жалуются на непріятный запахъ отъ пищи, подозрѣваютъ, что имъ что-то подкладываютъ въ пищу, въ питье. Зрительныя галлюцинаціи встрѣчаются рѣдко. Очень часто бываютъ разстройства со стороны общаго чувства; они появляются иногда довольно рано; больной жалуется, подъ вліяніемъ ихъ, на то, что въ тѣлѣ онъ испытываетъ, напр., какое то магнетическое вліяніе, разныя странныя ощущенія въ тѣлѣ; нерѣдко, особенно у женщинъ, появляются галлюцинаціи со стороны *genitalia*. Больныя жалуются на то, что ихъ насилуютъ, вызываютъ у нихъ въ половыхъ частяхъ разныя ощущенія и т. д.

Испытывая постоянныя мученія, больной, желая избавиться отъ своихъ враговъ, можетъ рѣшиться реагировать на это и быть опаснымъ для окружающихъ. Будучи убѣжденъ въ томъ, что его преслѣдуютъ, онъ старается рѣшить, кто это дѣлаетъ, зачѣмъ, съ какою цѣлью, при помощи какихъ средствъ. Тутъ больной можетъ придти къ заключенію, что враги его пользуются всякими средствами, не стѣсняясь ими: электричествомъ, телефонами, гипнотизмомъ, микробами и т. д. Больной открываетъ группу враговъ, какой-нибудь заговоръ, существованія общества, подозрѣваетъ полицію, врачей, какихъ-нибудь изъ своихъ знакомыхъ. Цѣль преслѣдованій онъ видитъ въ зависти, злобѣ, въ желаніи выпытать отъ него какое-нибудь признаніе, въ желаніи завладѣть его имуществомъ. Въ этомъ періодѣ болѣзни при хроническомъ бредѣ съ систематическимъ развитіемъ у больного замѣчается стремленіе къ образованію словъ, имъ изобрѣтенныхъ, къ такъ называемымъ, неологиз-

мамъ. Рано или поздно больной рѣшаетъ, кто виноватъ въ его мученіяхъ. Въ началѣ бреда преслѣдованія больной старается скрываться отъ своихъ враговъ; онъ нерѣдко, подъ вліяніемъ бреда, мѣняетъ свои мѣста занятія, боится ѣсть ту пищу, которую ему подаютъ и т. д., обращается съ жалобами въ судъ, къ окружающимъ. Но, впослѣдствіи, больной недовольствуется этими мѣрами, становится болѣе рѣшительнымъ, отважнымъ; онъ можетъ, подъ вліяніемъ бреда, сдѣлать покушеніе на жизнь того лица, которое онъ считаетъ своимъ врагомъ.

При длительнымъ существованіи бреда преслѣдованія происходитъ транформація послѣдняго въ бредъ величія. Это будетъ уже начало *третьяго періода*, періода бреда величія; рано или поздно больной, находящійся подъ вліяніемъ тягостныхъ мыслей преслѣдованія, становится больнымъ съ величавыми мыслями. Считая себя вначалѣ болѣзни несчастной жертвой злыхъ людей, онъ затѣмъ начинаетъ воображать, что его преслѣдуютъ-то потому, что завидуютъ ему, что онъ выдающійся, знатный или великій человѣкъ или что онъ родственникъ высокопоставленнымъ лицамъ. Подобно тому, какъ характеръ бредовыхъ идей бываетъ различный въ зависимости отъ умственнаго развитія больного, его общественнаго положенія, такъ и внѣшнее содержаніе бреда величія бываетъ различное. Въ этомъ случаѣ важно для клинициста—психіатра не содержаніе бреда а транформація его изъ бреда преслѣдованія въ бредъ величія. При этомъ, конечно, внѣшняя картина болѣзни также мѣняется, но бредовыя идеи величія не являются обыкновенно очень напряженными. Больной перестаетъ жаловаться, онъ становится гордымъ, насмѣшливымъ, говоритъ свысока, держится важно, съ достоинствомъ, презрительно относится къ своимъ врагамъ.

За *періодомъ бреда величія*, въ теченіи котораго можно замѣтить уже признаки ослабленія умственной дѣятельности, слѣдуетъ *періодъ* рѣзкаго *слабоумія*. Умственный уровень больного падаетъ все ниже и ниже, умственная дѣятельность выражается въ высказываніи стереотипныхъ бредовыхъ идей; больной становится равнодушнымъ къ тому что происходитъ вокругъ

ного; жестикуляція и мимика становятся однообразными. Таково, по мнѣнію *Magnan'a*, развитіе хроническаго систематизированнаго бреда. Иногда въ концѣ перваго періода или въ началѣ второго наблюдаются ремиссіи, но болѣзнь затѣмъ снова появляется, и, въ концѣ концовъ, черезъ много лѣтъ доводитъ больного до слабоумія. *Продолжительность* болѣзни по *Magnan'y* весьма разнообразна. Онъ говоритъ, что нельзя точно опредѣлить, сколько лѣтъ тянется тотъ или другой періодъ. Первый періодъ длится приблизительно 2—3 года, но подъ вліяніемъ неблагопріятныхъ условій, напр., при злоупотребленіи спиртными напитками, этотъ періодъ можетъ протечь быстрѣе. Второй періодъ, по мнѣнію *Magnan'a*, тянется около 15 лѣтъ, иногда 20 лѣтъ, даже 30 лѣтъ.

Итакъ, хроническій бредъ съ систематизированнымъ развитіемъ тянется много лѣтъ, онъ начинается въ зрѣломъ возрастѣ и проходитъ чрезъ четыре періода: 1) инкубаціи, 2) бреда преслѣдованія, 3) бреда величія и 4) слабоумія. По мнѣнію *Magnan*'a, эта форма болѣзни развивается не у дегенерантовъ, а у лицъ уравновѣшанныхъ. Ученіе *Magnan*'a объ этой формѣ пользуется въ наукѣ большою извѣстностью.

Нужно замѣтить, что хроническая паранойя, какъ ее описываетъ *Magnan*, встрѣчается довольно рѣдко, но мы можемъ пользоваться ею какъ схемой, какъ исходнымъ пунктомъ для нашихъ дальнѣйшихъ соображеній по поводу хронической паранойи. Нельзя согласиться съ Magnan'омъ, что хроническій бредъ не есть болѣзнь дегенерантовъ, такъ какъ нерѣдко у лицъ, страдающихъ хронической паранойей, можно наблюдать физическіе признаки дегенераціи. Далѣе, хроническій бредъ начинается нерѣдко раньше зрѣлаго возраста, раньше 30 лѣтъ. Наконецъ, періоды болѣзни длятся весьма различное время; въ нѣкоторыхъ случаяхъ за періодами *инкубаціи* развивается періодъ *бреда преслѣдованія*, въ теченіи котораго скоро появляются бредовыя *идеи величія*.

Что касается слуховыхъ галлюцинацій, то иногда онѣ появляются рано, иногда ихъ долго не бываетъ по крайней мѣрѣ

въ рѣзкой формѣ, даже въ періодѣ бреда преслѣдованія: одни больные долго сохраняютъ способность заниматься своимъ привычнымъ дѣломъ, другіе быстро должны оставить свои занятія. Въ этомъ отношеніи существуетъ большое индивидуальное разнообразіе. Нерѣдко въ теченіи хронической паранойи происходятъ обостренія, иногда выражающіяся въ затуманеніи сознанія; иногда такіе приступы обостренія повторяются нѣсколько разъ, часто бывая сравнительно короткими. Поведеніе больныхъ съ бредомъ преслѣдованія бываетъ также весьма разнообразное; то больные непріязненно относятся къ окружающимъ, сердятся и уединяются, то больные болѣе благодушны и общительны.

— — —

Лекція девятая.

При типической хронической паранойѣ наблюдается, какъ мы видѣли выше, систематизированный бредъ преслѣдованія; но при хронической паранойѣ можетъ наблюдаться и другого рода систематизированный бредъ; напр., въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные обнаруживаютъ бредъ бѣсоодержимости, бредъ превращенія въ какое-нибудь другое существо, при этомъ у такого рода больныхъ весьма часто приходится констатировать существованіе или ложныхъ ощущеній въ тѣлѣ или во внутреннихъ органахъ, или-же бредовое объясненіе дѣйствительныхъ кожныхъ и внутреннихъ ощущеній, т. е., такъ называемую аллегоризацію ощущеній Иногда больному думается, напр., что бурчаніе въ животѣ есть проявленіе существованія нечистаго; относительно разнаго рода ощущеній въ сердцѣ больному можетъ думаться, что въ сердцѣ или около него помѣщается какое-нибудь живое существо, которое вызываетъ стягиваніе въ сердцѣ или сжиманіе его. Я помню одну больную, которая говорила, что ей представляется, что въ ея сердцѣ помѣщается какой-то маленькій человѣчекъ; она ясно представляла себѣ, какой онъ величины, какого внѣшняго вида, какого цвѣта. Другая больная подробно разсказывала, какія ощущенія она испытываетъ въ животѣ, и была увѣрена, что въ животѣ у нея помѣщается какое—то живое существо, вызывавшее ощущенія и перемѣщавшееся съ мѣста на мѣсто. И подобный систематизированный бредъ высказываютъ иногда лица, получившія образованіе, несуевѣрныя. Этотъ бредъ не рѣдко связанъ съ ощущеніемъ въ половой сферѣ. Поэтому, больные неохотно высказываютъ его. Иные больные стыдятся

своихъ бредовыхъ идей о бѣсоодержимости. Вслѣдствіе этого для того, чтобы узнать сокровенныя тайны бреда больного нужно разспрашивать его постепенно и осторожно, деликатно и неторопливо. На тѣ формы паранойи, которыя связаны съ болевыми ощущеніями въ тѣлѣ, съ разнаго рода парэстезіями и т. д., обращено было большое вниманіе знаменитымъ нѣмецкимъ психіатромъ, *Schüle*, написавшимъ монографію подъ заглавіемъ «Dysphrenia neuralgica»: паранойяльныя формы, сюда относящіяся, можно бы назвать paranoia neuralgica, paranoia paraesthetica, paranoia neuralgico—paraesthetica, причемъ въ такихъ случаяхъ существуетъ аллегоризація болевыхъ парэстетическихъ или-же нормальныхъ ощущеній.

Далѣе, при хронической паранойѣ иногда систематизированный бредъ тѣсно связанъ съ половыми ощущеніями, и въ такой формѣ онъ чаще всего наблюдается у женщинъ; большинство бредовыхъ мыслей связано съ мѣстными ощущеніями. Я припоминаю одну больную, живущую среди военныхъ, которой казалось, что офицеры всюду ее преслѣдуютъ, не даютъ ей прохода, вызываютъ на разстояніи у нея разныя ощущенія въ genitalia, имѣютъ съ нею сношенія на разстояніи. Всѣ ея мысли сосредоточивались на томъ, чтобы избавиться ей отъ этого, такъ какъ она нигдѣ не находитъ себѣ покоя. Больныя могутъ высказывать весьма фантастическій бредъ, представляющій большое разнообразіе въ различныхъ случаяхъ. Въ случаяхъ, гдѣ имѣется такой ограниченный характеръ бреда съ мѣстными ощущеніями въ genitalia, можно, если угодно, употребить названіе *paranoia erotica*.

Иной разъ систематизированный бредъ при хронической паранойѣ носитъ религіозный характеръ; больной при этомъ много разсуждаетъ на религіозныя темы, можетъ говорить объ особенномъ отношеніи къ нему Бога, Святыхъ, можетъ испытывать видѣнія и голоса сооовѣтствующаго характера, воображать себя представителемъ Бога, святымъ человѣкомъ, посредникомъ между Божествомъ и людьми; иногда больной высказываетъ свой бредъ въ весьма сложной и хитросплетенной формѣ.

Конечно, внѣшнія проявленія этого бреда, бѣдность или богатство бредовыми идеями, сложность или простота ихъ зависитъ отъ интеллекта больного, отъ его образованія и т. д. Рѣзкое преобладаніе въ паранойяльномъ бредѣ религіознаго характера даетъ особую окраску и всей паранойѣ, что позволяетъ выдѣлить такъ называемую *paranoia religiosa*.

Итакъ, мы видимъ, что кромѣ типической паранойи съ типическимъ бредомъ преслѣдованія можно выдѣлить еще нѣсколько другихъ формъ; въ этихъ послѣднихъ вмѣстѣ съ существованіемъ систематизированнаго бреда существують, какъ и при хроническомъ бредѣ преслѣдованія, обманы со стороны различныхъ органовъ чувствъ. При *paranoia neuralgico—paraesthetica* преобладаютъ болѣзненныя ощущенія со стороны общаго чувства; при *paranoia eratica* болѣзненныя ощущенія локализируются въ области genitalia, причемъ существованіе преобладающихъ ложныхъ ощущеній специфическаго характера вовсе не исключаютъ существованія ложныхъ ощущеній другого характера. Наблюдая различнаго рода паранойиковъ, мы встрѣчаемъ большое внѣшнее разнообразіе, что обусловливается тѣмъ, что больные, сохраняя ясность сознанія, сохраняютъ и свою индивидуальность.

Но, кромѣ указанныхъ формъ паранойи, существуетъ еще группа паранойиковъ иного рода, съ другими психическими качествами. Эта вторая группа паранойиковъ харектеризуется существованіемъ резонирующаго состоянія, психической неуравновѣшенности и неустойчивости, приподнятымъ самочувствіемъ, отсутствіемъ обмановъ со стороны органовъ чувствъ. Французскіе авторы выдѣляютъ группу больныхъ, которыхъ они называютъ преслѣдуемые—преслѣдователи (persécutés — persecuteurs). *Magnan* говоритъ, что эти больные представляютъ два рода клиническихъ симптомовъ; одни изъ этихъ психическихъ симптомовъ напоминаютъ собою то, что наблюдается у больныхъ съ нравственными дефектами, при *folie morale*. *Persécutés—persécuteurs*, дѣйствительно, отличается малою при-

вязанностью къ окружающимъ; наоборотъ, они крайне эгои стичны, придирчивы, постоянно заботятся на дѣлѣ о себѣ и только на словахъ объ окружающихъ; всякій неправильный поступокъ со стороны ближнихъ они ставятъ имъ въ упрекъ, требуютъ, чтобы къ нимъ относились хорошо, не терпятъ противорѣчій, постоянно ими раздражаются; для окружающихъ такого рода больные являются весьма тягостными, надоѣдливыми и несносными. Требуя къ себѣ внимательнаго отношенія и ухаживанія, больные не чувствуютъ, что они поступаютъ несправедливо и причиняютъ окружающимъ много непріятностей и хлопотъ; поступая такъ, больные подчеркиваютъ свое нравственное превосходство, непониманіе ихъ окружающими, свои мученія. Второй характерный психическій признакъ, наблюдаемый у преслѣдуемыхъ—преслѣдователей, сближаетъ ихъ съ больными, страдающими резонирующей фор мой маніакальной экзальтаціи, такъ какъ *persécutés—persécuteurs* почти постоянно находятся въ нѣкоторомъ волненіи; при этомъ, они обо всемъ разсуждаютъ, обо всемъ имѣютъ свое мнѣніе, о трудныхъ или недоступныхъ ихъ пониманію вопросахъ; рѣшая ихъ поверхностно и неправильно, они чувствуютъ себя удовлетворенными, самодовольными. Они нерѣдко прибѣгаютъ къ софизмамъ, иногда нелишены остроумія, ловко пользуются тѣмъ, что знаютъ и читали, и нерѣдко могутъ съ перваго раза расположить къ себѣ, подкупить своею кажущейся искренностью и возбудить сожалѣніе своими жалобами на окружающихъ на свою судьбу и т. д.

Для поясненія сказаннаго о психическихъ особенностяхъ *persécutés—persécuteurs* я позволю себѣ привести какой-нибудь примѣръ. Вспоминаю одну больную, среднихъ лѣтъ женщину, которая жаловалась на своего мужа, говорила, что непріятный характеръ послѣдняго разстраиваетъ ея нервы. Разсказывая о мужѣ, она краснорѣчиво и съ чувствомъ описывала его тяже лый характеръ; по ея словамъ, мужъ у нея ревнивъ, раздра жителенъ, придирчивъ, высокомѣренъ, эгоистиченъ, не забо-

тится объ ея здоровьѣ; но рядомъ съ дурными нравственными качествами, заставлявшими думать о нравственномъ уродствѣ мужа, мужъ представлялся ей и физически уродливымъ, причемъ больная съ физической стороны описывала его «плюгавымъ, рыжимъ, противнымъ». Больная старалась разжалобить врача, плакала во время своихъ разсказовъ о собственныхъ мученіяхъ, указывала на то, что она несчастна въ своемъ замужествѣ, возбуждаетъ во всѣхъ сочувствіе, что иногда ей жить дома просто невозможно и невыносимо въ нравственномъ отношеніи. Но вотъ является мужъ больной безъ нея, случайно узнавъ, что больная показывалась въ Клиникѣ. Оказывается, что и внѣшній видъ его вовсе не соотвѣтствуетъ картинному описанію больной; въ разговорѣ онъ оказывается человѣкомъ вполнѣ разумнымъ, понимающимъ состояніе своей больной жены, которая кажется ему странной и ненормальной. Онъ сообщаетъ, что дома отъ жены ему просто нѣтъ житья, что она придирается къ нему, ко всякимъ мелочамъ, думаетъ, что ее обижаютъ и не заботятся о ней, иногда бранитъ мужа, который, несмотря на всѣ свои старанія, не можетъ ей угодить и сдѣлать такъ, чтобы она не раздражалась; мужъ больной хорошо понимаетъ, что можетъ быть когда-нибудь онъ и сдѣлалъ, по незнанію, какую-либо оплошность, не зная иногда, какъ съ больною поступить; онъ удивляется, почему она измѣнила къ нему свое отношеніе, говоритъ что это произошло безъ всякаго повода съ его стороны, что болѣзнь его жены развивается, начиная съ нѣкотораго времени. Итакъ, больной казалось, что мужъ преслѣдовалъ ее за что-то, взамѣнъ чего она сама дѣлала ему непріятности, ненавидѣла его, бранила, иногда бросала въ него что попадется въ руки; слѣдовательно, она не только преслѣдуемая (persécutés), но и преслѣдовательница (persécuteur). Никакихъ галлюцинацій или иллюзій у нея не было; со стороны интеллекта у нея наблюдалось резонерство, а съ моральной стороны большой эгоизмъ, непониманіе того, что своимъ поведеніемъ и своими поступками она причиняла столько огорченій своему мужу: онъ являлась съ жалобой на него, а онъ

явился справиться объ ея здоровьѣ и спросить совѣта, что ему дѣлать дальше.

Или вотъ еще примѣръ. Однажды я былъ въ качествѣ эксперта у судебнаго слѣдователя для опредѣленія душевнаго состоянія одной молодой дѣвушки, которая ударила по лицу своего отца священника при отправленіи имъ служебныхъ обязанностей въ церкви, когда онъ былъ въ облаченіи и съ крестомъ въ рукѣ. Дѣло оказалось вотъ въ чемъ. Обвиняемая, 22 лѣтъ, происходитъ изъ дегенеративной семьи. За послѣдніе 3—4 года она стала сторониться окружающихъ, своихъ близкихъ, отца, матери, братьевъ и сестеръ; она была за это время очень придирчива, капризна, часто ссорилась съ родными, иногда съ ними не разговаривала и нѣсколько разъ странно и неожиданно уѣзжала изъ дому. При изслѣдованіи оказалось, что подсудимая сохраняетъ ясное сознаніе, хорошо помнитъ что она нанесла отцу оскорбленіе дѣйствіемъ и словами, и говоритъ, что поступить иначе не могла. Она говоритъ, что это сдѣлала она затѣмъ, чтобы отомстить своему отцу, который относился къ ней несправедливо, всегда къ ней почему-то придирался, преслѣдовалъ ее насмѣшками и оскорбленіями. Она изображала своего отца семейнымъ деспотомъ, эгоистомъ, придирчивымъ и несноснымъ въ домашней жизни человѣкомъ; она разсказывала, что у отца она не видитъ никакихъ хорошихъ моральныхъ качествъ; въ ея разсказѣ онъ выходилъ человѣкомъ черствымъ, всѣми ненавидимымъ и презираемымъ. Больная говорила много и охотно рисовала яркими красками свое невыносимое положеніе въ домѣ отца, свои нравственныя мученія, униженія, которымъ она, несчастная, забитая, угнетенная, подвергалась въ домѣ родителей. Изъ разсказовъ ея нельзя было отмѣтить существованія у нея галлюцинацій слуха, какъ это бываетъ при типическомъ бредѣ преслѣдованія; но бросалось въ глаза большое резонерство больной; она ловко оправдывала себя и краснорѣчиво обвиняла отца, выставляла его безсердечнымъ извергомъ; при этомъ больная не говорила явныхъ абсурдовъ и несообразностей; она проявляла большую бойкость на сло-

вахъ, считала себя вполнѣ правой и виноватымъ только отца. Она увѣряла, что отецъ не сдѣлалъ для нея ничего хорошаго что если онъ далъ ей образованіе, то сдѣлалъ это потому, что иначе не могъ поступить даже и въ собственныхъ интересахъ. Изъ разсказовъ-же лицъ, близко знающихъ больную и ея отца, выходитъ совсѣмъ обратное. Отецъ ея—почтенный человѣкъ. образованный гуманный, всѣмъ уважаемый и любимый; съ своими дѣтьми онъ ласковъ, обходителенъ, заботливъ; дѣтей своихъ онъ любитъ, заботится о нихъ; ничего подобнаго тому, что разсказывала больная о своемъ отцѣ, нѣтъ; но что-же послужило поводомъ къ такому неправильному пониманію со стороны больной отношеній къ ней отца? Больная построила свой бредъ преслѣдованія ея отцомъ на основаніи своихъ предвзятыхъ идей, развившихся на почвѣ психической неуравновѣшенности и резонерства. Все то хорошее, что дѣлалъ ей отецъ, она словно забывала или предвзято объясняла это тѣмъ, что отецъ ея не могъ поступить иначе изъ-за своихъ же собственныхъ выгодъ; а въ подкрѣпленіе бредовыхъ идей больная приводитъ разные мелкіе и ничтожные факты, которыхъ много въ жизни каждаго человѣка и на которые здоровый человѣкъ не обращаетъ вниманія; напр., если отецъ ея когда-нибудь случайно раздражился или повысилъ голосъ, то больная хорошо помнитъ это; отецъ когда-нибудь сдѣлалъ ей маленькое замѣчаніе, какъ нужно держать себя, больная помнитъ и это хорошо такихъ мелочныхъ фактовъ больная можетъ, конечно, привести достаточное количество, отбрасывая крупныя положительныя качества отца. Такъ какъ у этой больной нельзя констатировать слуховыхъ галлюцинацій и такъ какъ ея психическое состояніе не подходило подъ картину типическаго бреда пре слѣдованія, то и нужно было остановиться на мысли, что въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ больной, относящейся къ категоріи преслѣдуемыхъ—преслѣдователей, *persécutés-persécuteurs*. Приведенный случай показываетъ, что этого рода больные могутъ, быть аггресивными и могутъ совершать преступленія, иногда даже убійства Нужно замѣтить что въ этой группѣ

параноиковъ наблюдается большое разнообразіе; одни больные болѣе или менѣе сдержаны и производятъ только впечатлѣніе людей неуживчивыхъ, сварливыхъ, придирчивыхъ и странныхъ; у другихъ бредовыя идеи преслѣдованія развиваются интензивнѣе, напряженнѣе, причемъ умственный кругозоръ суживается больше, умственные интересы слабѣютъ рѣзко; понятно, что въ послѣднемъ случаѣ больные легче могутъ приходить въ столкновеніе съ закономъ и совершать то или другое преступленіе, для отомщенія за воображаемыя и мнимыя обиды. Подобно тому какъ типическій бредъ преслѣдованія сопровождающійся об манами со стороны органовъ чувствъ, даетъ нѣсколько раз новидностей, такъ и къ резонирующей формѣ параноіи, представителями которой являются *persécutés—persécuteurs*, относятся еще нѣсколько другихъ видовъ этой-же болѣзни.

Здѣсь нужно упомянуть о такъ называемомъ сутяжномъ помѣшательствѣ (paranoia querulans). Основываясь на неправильномъ пониманіи отношеній со стороны окружающихъ, видя съ ихъ стороны недружелюбное или враждебное къ себѣ отношеніе или обиду, кажущееся незаконное присвоеніе чужой собственности, больной, страдающій *paranoia querulans*, возбуждаетъ судебный процессъ, переходитъ съ нимъ изъ одной инстанціи въ другую, изъ одного учрежденія въ другое. Недовольствуясь рѣшеніемъ, больной волнуется, ажитируется, много и долго разсказываетъ объ одномъ и томъ-же разнымъ лицамъ старается добиться такого рѣшенія спорнаго вопроса, которое-бы ему было желательно. Обвиняя во всемъ противниковъ, будучи виноваты и несправедливы, кверулянты забываютъ о своихъ неправильныхъ поступкахъ. Иногда они растрачиваютъ на на веденіе постоянныхъ судебныхъ процессовъ свое состояніе, разоряются, но не успокаиваютск. Не находя удовлетворенія, больные этого рода могутъ прибѣгать и къ аггрессивнымъ дѣйствіямъ.

Magnan указываетъ на то, что существуютъ преслѣдователи-ипохондрики, бредовыя мысли которыхъ сосредоточиваются на неправильномъ представленіи о томъ, что кто-нибудь изъ

врачей ихъ лѣчилъ не такъ, какъ нужно; этихъ больныхъ *Magnan* называетъ *persécutés—hypochondriaques*.

Далѣе, въ этой группѣ резонирующихъ паранойиковъ встрѣчаются больные, у которыхъ бредовыя идеи носятъ эротическій характеръ. Я знаю одну больную, болтливую старушку, которая можетъ долго и безъ конца говорить, разсказывая о разныхъ пустякахъ; она весьма благодушна, но думаетъ, что одинъ изъ ея знакомыхъ, врачъ, тоже почтенный старичекъ, преслѣдуетъ ее своею любовью: она уже много лѣтъ увѣрена въ томъ, что ея мнимый обожатель слѣдитъ за ней, заглядываетъ въ окна ея комнаты, такъ что она принуждена тщательно ихъ завѣшивать. Она полагаетъ, что онъ предлагаетъ ей незаконное сожительство, а этого она не хочетъ; а соблазнить ее ему не удается. Для достиженія своихъ цѣлей ея обожатель, по ея словамъ, передѣвается, наклеиваетъ себѣ бороду, придѣлываетъ усы, мѣняетъ платье, иногда скрывается подъ платьемъ священника. Бывая въ концертѣ, больная сразу узнаетъ, гдѣ и въ какомъ видѣ сидитъ ея обожатель. Ей думается, что у него много сожительницъ, и нѣкоторыхъ молодыхъ знакомыхъ своихъ она принимаетъ или за его сына, или за его дочь, находя сходство въ ихъ лицахъ съ лицомъ ея предполагаемаго обожателя. Одно время больная, подъ вліяніемъ бредовыхъ идей, сама приставала къ своему мнимому поклоннику, требуя отъ него объясненій въ его поступкахъ по отношенію къ ней, результатомъ чего явилось то, что лицо, котораго она считала за своего обожателя, пожаловалась администраціи, которая обязала больную подпиской не приставать къ этому господину, съ которымъ она почти и незнакома и къ которому не имѣетъ никакого отношенія. Ей думается, что и до сихъ поръ этотъ человѣкъ, встрѣчая ее на улицѣ, дѣлаетъ ей влюбленные знаки, катается мимо ея оконъ, иногда постучитъ словно въ окно. Бредовыя идеи у этой больной уже много лѣтъ въ одномъ положеніи и вовсе не развиваются, причемъ она живетъ на свободѣ, къ врачамъ не обращается, можетъ заниматьс дѣломъ

Наконецъ, я хотѣлъ-бы еще остановиться на одной изъ разновидностей резонирующей паранайи, гдѣ у больного на первомъ планѣ выступаютъ ложныя идеи изобрѣтенія и открытія. Это будетъ, такъ называемая, *paranoia inventoria*. Бредовыя идеи этото характера выражаются съ внѣшней стороны различно; одни больные заняты открытіемъ perpetuum mobile другіе увѣрены, что имъ удалось разрѣшить какой-нибудь неразрѣшимый вопросъ физическій, математическій, химическій и т. д. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ мнѣ пришлось видѣть рѣзкій примѣръ такого рода *paranoia inventoria;* это былъ старичекъ, 55 лѣтъ; онъ происходилъ изъ крестьянскаго сословія и не получилъ никакого образованія; отличаясь предпріимчивостью, онъ сумѣлъ скопить себѣ денегъ; а затѣмъ пустилъ ихъ въ оборотъ, пріобрѣлъ себѣ капиталъ, на который открылъ типографію; въ этой послѣдней онъ занимался съ интересомъ и велъ успѣшно дѣла. Но вотъ, за послѣдніе годы больной сталъ постепенно меньше интересоваться типографскими, дѣлами сталъ больше интересоваться отвлеченными вещами, сталъ говорить о законахъ физики, началъ самъ производить какіе-то опыты. Матеріальныя дѣла типографіи пошатнулись, стали разстраиваться, но этому больной не придавалъ значенія, не волновался по этому поводу, продолжая заниматься физикой и разрѣшеніемъ ея физическихъ проблеммъ. На смѣну больному по типографіи появилась какая-то кампанія, которая взяла дѣло въ свои руки; больной-же получалъ значительное вознагражденіе, которымъ и былъ доволенъ, будучи радъ, что ему не приходится заниматься неинтереснымъ ему дѣломъ, и что онъ можетъ отдаться изученію физики и интересующихъ его наукъ. Больной началъ писать и увѣрять окружающихъ, что ему удалось сдѣлать геніальныя открытія; но ему хотѣлось, чтобы съ его открытіями познакомились другіе, чтобъ узналъ о нихъ весь свѣтъ. Онъ отпечаталъ свои произведенія въ собственной типографіи и сталъ ихъ разсылать по редакціямъ газетъ и журналовъ; но онъ тщетно ожидалъ, что критика обратитъ, наконецъ, вниманіе на его произведенія; удивлялся что его сочиненія замалчиваютъ, подо-

зрѣвая въ этомъ происки, зависть со стороны профессоровъ и оффиціальныхъ представителей науки. Однажды больной обратился къ одному извѣстному русскому писателю съ просьбой прочесть его произведенія и высказать о нихъ свое мнѣніе; тотъ отвѣтилъ больному, что онъ не компетентенъ въ тѣхъ научныхъ вопросахъ, которые затрогиваетъ больной, и обѣщалъ передать ихъ на разсмотрѣніе профессора физики. Больной съ нетерпѣніемъ ожидалъ отвѣта отъ этого послѣдняго; а когда получился неблагопріятный отвѣтъ, больной объяснилъ это завистью со стороны профессора физики. Тогда больной задумалъ представить свою работу на съѣздъ врачей и естество испытателей, бывшій какъ-то въ Москвѣ; но когда онъ далъ заглавіе своего сочиненія, его просили представить рукопись, прежде чѣмъ допустить докладъ до чтенія: здѣсь больной также не имѣлъ успѣха, такъ какъ докладъ его не былъ принятъ и рукопись была ему возвращена. Позднѣе, больной написалъ еще одну работу, касающуюся агрономіи, и ему удалось добиться того, чтобы его произведеніе было выставлено на сельскохозяйственной выставкѣ, бывшей тогда въ Москвѣ. Онъ надѣялся, что обратятъ-же наконецъ вниманіе на его геніальныя произведенія и заранѣе торжествовалъ побѣду надъ своими завистливыми и безчестными врагами, не хотѣвшими признать за нимъ заслугъ великаго изобрѣтателя. Но ожиданія его не сбывались; въ газетахъ объ его сочиненіяхъ не писали. Кромѣ разработки теоретическихъ наукъ, больной занимался практическими изобрѣтеніями: такъ, напр., онъ старался изобрѣсти способъ быстро дѣлать дерево непромокаемымъ; онъ увѣрялъ что ему удалось и здѣсь получить блестящіе результаты, и куски этого дерева отправилъ для изслѣдованія въ Петербургъ; больному удалось еще убѣдить кого-то изъ предпринимателей и войти съ нимъ въ соглашеніе относительно фабричнаго приготовленія непроницаемаго для воды дерева. Мнѣ пришлось видѣться съ этимъ больнымъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ. Это былъ человѣкъ крѣпкаго сложенія, съ большими очками, у котораго вся передняя часть черепа и значительная часть лица

были сильно обезображены рубцами. Нижнія вѣки съ той и другой стороны были выворочены вслѣдствіе рубцоваго стягиванія; на головѣ не было волосъ, отчасти также вслѣдствіе обширныхъ рубцовъ. Оказалось, что эти обширные рубцы, которые наблюдаются у больного, произошли отъ ожоговъ, полученныхъ имъ при его опытахъ и при неумѣломъ обращеніи съ веществами, легко воспламеняющимися. Больной очень охотно разговаривалъ, считалъ себя нервнымъ и утомленнымъ, благодаря усиленнымъ умственнымъ занятіямъ. До него доходили слухи, что нѣкоторыя лица считаютъ его умственно—разстроеннымъ, но онъ отвергаетъ это съ негодованіемъ. Вскорѣ больной перевелъ разговоръ на физику; онъ спросилъ меня, знакомъ—ли я съ его произведеніями и началъ мнѣ съ волненіемъ доказывать, что не существуетъ атмосфернаго давленія и въ доказательство правильности своего взгляда показалъ мнѣ жалкіе остатки какихъ-то физическихъ опытовъ. Если больному сдѣлать какое-нибудь возраженіе и замѣтить ему, что онъ, можетъ быть, ошибается, онъ начинаетъ волноваться еще больше и иногда такъ сильно, что приходится воздерживаться отъ всякихъ замѣчаній и молча выслушивать то, что больной говоритъ и разсказываетъ по поводу своихъ опытовъ и открытій. Больной считаетъ себя великимъ человѣкомъ. Ему думается, что его открытія произведутъ переворотъ въ физическихъ наукахъ; ему одному удалось доказать, что многіе изъ основныхъ законовъ физики ошибочны и ложны; напр., по его мнѣнію, нѣтъ атмосфернаго давленія, нѣтъ Торричеллевой пустоты, что все это есть результатъ заблужденій человѣческаго ума; онъ увѣренъ, что ему удалось открыть глаза профессіональнымъ ученымъ и доказать существованіе грубыхъ ошибокъ, допущенныхъ во всѣхъ руководствахъ физики. Ему хотѣлось-бы поскорѣе повѣдать о своихъ открытіяхъ всему свѣту. Но человѣческіе пороки, злоба, зависть, боязнь сознаться въ своихъ заблужденіяхъ, мѣшаютъ ему осуществить его старанія. Какъ, въ самомъ дѣлѣ, профессора физики, напр., признаются въ томъ, что они прежде ошибочно думали? Онъ убѣжденъ, что его новыя открытія объясняются

такъ просто, такъ ясно, что не оставляютъ никакого сомнѣнія, что истины, которыя онъ даетъ, конечно, всѣмъ понятны и для всѣхъ убѣдительны. Ему очевидно, что профессора не имѣютъ смѣлости прямо сказать: «Да, до настоящаго времени мы ошибались. Мы видимъ теперь, что нѣтъ атмосфернаго давленія, нѣтъ Торричеллевой пустоты» и т. д. Но чтобы признаться такимъ образомъ, разсуждаетъ больной, нужно быть Геркулесомъ, какъ онъ, нужно быть вторымъ Галилеемъ. Онъ увѣренъ, что рано или поздно его идеи восторжествуютъ, его имя сдѣлается безсмертнымъ и его открытія войдутъ во всѣ учебники физики; но если ему не удастся достигнуть желаемой цѣли, въ теченіи жизни, то онъ надѣется, что его друзья и лица цѣнящія его и понимающія его, опубликуютъ его драгоцѣнныя для человѣчества открытія, и имъ онъ завѣщаетъ свои произведенія. Но уже изъ разговора съ больнымъ, а также послѣ знакомства съ его произведеніями, скоро становится яснымъ, что физики онъ вовсе и не знаетъ, что у него нѣтъ по этому предмету даже элементарныхъ свѣдѣній; оказывается, что больной вовсе не отличаетъ матеріи отъ силы, смѣшивая постоянно то и другое. Если-же разговоръ касается постороннихъ физикѣ предметовъ, то больной не высказываетъ бредовыхъ идей, что и заставляетъ нѣкоторыхъ окружающихъ думать, что больной совершенно нормаленъ; сестра его, особа мало интеллигентная, находитъ, что братъ ея человѣкъ необыкновеннаго ума и очень ученъ, и полагаетъ, что лица, находящія ея брата больнымъ, сами не понимаетъ его. У больного нѣтъ никакихъ галлюцинацій, ни иллюзій. Въ разговорѣ онъ производитъ впечатлѣніе человѣка съ ослабленной психикой. Такъ какъ больной не получилъ почти никакого образованія, то около себя онъ держитъ переписчика, играющаго у него роль дамашняго секретаря; этотъ послѣдній разсказывалъ мнѣ, что больной сочиняетъ свои произведенія съ большимъ трудомъ; иногда въ теченіи нѣсколькихъ недѣль больной въ состояніи написать всего три-четыре страницы. Просматривая сочиненія больного, легко убѣдиться, что это есть плодъ больного ума· въ нихъ много абсурднаго они боль-

шею частью отрывочны, непослѣдовательны, причемъ главы носятъ странныя названія. Его сочиненія продавались въ книжныхъ магазинахъ, иногда выставлялись въ витринахъ. Одно изъ нихъ касается физическихъ явленій; въ немъ 40 страницъ съ 29-ю главами: вотъ названіе главъ: 1) пустота или атмосферное давленіе, объясненіе опыта Торричелли; 2) объясненіе опыта фонъ Герике; 4) о пустотѣ; 5) пустота, какъ причина равновѣсія, и почему деревья растутъ вверхъ; 6) что такое матерія и пустота и т. д. Такъ какъ у больного нѣтъ галлюцинацій и такъ какъ онъ не подходитъ ни къ одной изъ разновидностей типической паранойи, то и слѣдуетъ отнести его въ группу резонирующихъ первично—помѣшанныхъ, а въ частности къ группѣ больныхъ страдающихъ *paranoia inventoria*.

Итакъ, мы видѣли, что можно различать двѣ большія группы паранойиковъ: 1) типическій бредъ преслѣдованія и 2) *persécutés—persécuteurs*. Каждая изъ этихъ группъ въ свою очередь распадается на нѣсколько разновидностей, отмѣченныхъ выше. Но нужно замѣтить, что и здѣсь, т. е., въ области паранойи существуютъ смѣшанныя и переходныя формы отъ одной группы къ другой

Говоря о паранойѣ, я до сихъ поръ имѣлъ въ виду лишь хроническія формы ея. Существуетъ-ли острая паранойя, какъ излѣчимая болѣзнь? Иногда, правда нечасто, рецидивирующій психозъ проявляется въ паранойяльной формѣ, въ видѣ острой паранойи. Систематизированный бредъ при ясномъ сознаніи наблюдается, какъ временное состояніе, при психической дегенераціи и неуравновѣшенности; дѣйствительно у дегенерантовъ можетъ вспыхнуть острый психозъ, иногда выражающійся въ формѣ проходящей паранойи; но, говоря о такого рода паранойяльной вспышкѣ, всегда добавляютъ что она развилась на почвѣ дегенераціи.

Далѣе, иногда подъ вліяніемъ лихорадочныхъ заболѣваній, вслѣдствіе ослабленія питанія мозга, у больного, при ясномъ сознаніи, можетъ развиться картина психическаго разстройства, очень похожая на ту или другую форму паранойи. Иной разъ

даже оываетъ трудно рѣшить вопросъ, съ чѣмъ-же, собственно имѣемъ дѣло. Я помню одного больного, молодого человѣка, у котораго послѣ инфлюенцы и при усиленныхъ занятіяхъ. развивается бредъ преслѣдованія съ демономаническими идеями и съ аллегоризацiей болевыхъ ощущеній, съ отрывочными обманами со стороны различныхъ органовъ чувствъ. Спустя мѣсяца два, подъ вліяніемъ лѣченія въ больницѣ, больной окрѣпъ, поправился физически, сталъ хорошо спать, и бредовыя идеи у него мало-по-малу совершенно сгладились.

Или вотъ еще примѣръ. У плохо уравновѣшеннаго чело вѣка, при привычномъ употребленіи вина, послѣ моральныхъ непріятностей, при утомительныхъ конторскихъ занятіяхъ, развивается бредъ преслѣдованія; больному начинаетъ казаться, что его хотятъ выжить со службы, дѣлаютъ ему разныя непріятности; со стороны сослуживцевъ онъ начинаетъ видѣть разные намеки на свой счетъ и, можетъ быть, слышать замѣчанія на свой счетъ. Когда больному былъ данъ совѣтъ отдохнуть немного отъ занятій и оставить совершенно употребленіе вина, больной сталъ быстро поправляться, подозрительность у него про ходила постепенно; а, спустя нѣкоторое время, онъ сталъ критически относиться къ тому, что испытывалъ передъ этимъ. Судя по картинѣ болѣзни, можно-бы думать, что у больного развивается хроническая паранойя. Вѣроятно и здѣсь дегенеративныя особености мозга, ослабленнаго моральнымъ потря сеніемъ и употребленіемъ вина, выразились въ такой своеобразной формѣ, причемъ, при устраненіи неблагопріятныхъ условій, болѣзненныя явленія быстро исчезли. Или вотъ еще примѣръ. Человѣкъ, среднихъ лѣтъ, давно привыкшій къ употребленію вина, заболѣваетъ острымъ желудочно-кишечнымъ разстройствомъ; у этого больного, съ плохо уравновѣшенной психикой, развивается въ это время, при отсутствіи спутанности сознанія, бредъ отравленія; ему начинаетъ думаться, что ему дали яду съ пищей; онъ начинаетъ высказывать, кто это могъ сдѣлать, говоритъ, что онъ разслѣдуетъ это дѣло, когда поправится что это дѣло такъ оставить нельзя Опять слѣдовательно

паранойяльпая картина; но вскорѣ когда явленія остраго катарра кишекъ и желудка стали проходить, больной пересталъ высказывать бредовыя идеи. Здѣсь можно говорить скорѣе объ астеническомъ кратковременномъ психозѣ въ паранойяльной формѣ.

Мнѣ хотѣлось бы еще ооратить ваше вниманіе на то, что помимо паранойи, какъ опредѣленной психической болѣзни; существуютъ еще, такъ *называемые, паранойяльные характеры.* Знакомство съ этимъ необходимо иногда для дифференціальной діагностики. Нерѣдко развитію паранойи въ нѣкоторыхъ случаяхъ предшествуетъ появленіе паранойяльнаго характера; но у иныхъ лицъ паранойяльный складъ характера въ теченіи жизни не развивается, остается въ одномъ положеніи, не переходя въ паранойю. Приходится встрѣчать лицъ, стоящихъ какъ-бы на границѣ паранойи и паранойяльнаго характера. Это — лица недовѣрчивыя, подозрительныя, обидчивыя, видящія дурное отношеніе къ себѣ тамъ, гдѣ его нѣтъ вовсе, но это не паранойики, не душевно-больные въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, а дегенеративные субъекты у которыхт настоящей душевной болѣзни можетъ и не быть

Лекція десятая

Въ связи съ злоупотребленіемъ спиртными на іитками можетъ развиться душевное разстройство въ паранойяльной формѣ, но отличающееся нѣкоторыми особенностями; алкогольную паранойю надо отличать о такъ называемаго затяжнаго алкогольнаго бреда; такъ какъ послѣдній можетъ подать поводъ къ смѣшенію его съ алкогольной паранойей, то я остановлюсь сначала на разсмотрѣніи того, что такое затяжной алкогольный бредъ. У многихъ лицъ, злоупотребляющихъ спиртными напитками, развивается бѣлая горячка, которая можетъ повторяться нѣсколько разъ, можетъ проходить нѣсколько разъ; но иногда бѣлогорячечный синдромъ не заканчивается выздоровленіемъ; острый періодъ проходитъ, зрительныя галлюцинаціи исчезаютъ, а у больного остаются слуховыя галлюцинаціи. Больному, при ясномъ сознаніи, слышатся голоса, то отрывочныя слова, то цѣлыя фразы, то кто-то мысли его повторяетъ. Больной сначала ими пораженъ, волнуется сильно по поводу ихъ, потомъ постепенно привыкаетъ къ нимъ и относится болѣе спокойно. Больному слышится, напр., голосъ знакомаго или кого-нибудь изъ родныхъ, иногда два—три или больше голосовъ, то мужскіе, то женскіе, то незнакомые, часто непріятные и противные. Голоса повторяютъ иногда однообразно какую-пибудь фразу; больной слышитъ, что ему дѣлаютъ наставленіе, говорятъ, что онъ погибъ, что онъ не выздоровѣетъ никогда, что онъ попалъ въ руки нечистой силы. Когда больной остается одинъ, особенно въ тишинѣ, онъ слышитъ разговоръ на свой счетъ, его упрекаютъ за то, что онъ велъ неправильный образъ жизни, что много пилъ вина; то «они»

даютъ совѣтъ, чтобы онъ снова выпилъ, говоря, что онъ все— равно погибъ, то совѣтуютъ не пить вина, то посылаютъ лѣчиться къ врачамъ, то отговариваютъ. Придетъ больной въ церковь, тамъ слышится ему часто неприличная брань, голоса мѣшаютъ молиться. Больной слышитъ, что голоса перебираютъ всю его жизнь одно одобряютъ, за другое порицаютъ, разсуждаютъ о немъ, обсуждаютъ его поступки, говорятъ, что́ ему предстоитъ испытать за неправильности своей жизни. Нерѣдко бываетъ такъ, что о чемъ бы больной ни подумалъ, ему уже голоса даютъ отвѣтъ, то совпадающій съ его желаніями, то нѣтъ. Иногда больной прямо пораженъ, что «они», его невидимые собесѣдники, знаютъ рѣшительно всю его жизнь, всѣ мелочи, о которыхъ онъ даже забылъ. «Они» словно знаютъ больше, чѣмъ самъ больной; иногда «они» говорятъ о такихъ вещахъ, которыя больной самъ, какъ будто, не зналъ. То голоса поютъ, то заставляютъ выслушивать больного происходящія гдѣ-то представленія, пляску, хоровое пѣніе, часто неприличнаго характера. Больному слышатся голоса и во время работы; «они» помогаютъ ему своими совѣтами, даютъ указанія, то иногда «они» прямо мѣшаютъ заниматься дѣломъ, иногда подговариваютъ испортить работу или не работать; а если больной не исполняетъ ихъ совѣтовъ, «они» грозятъ больному сдѣлать что-нибудь непріятное, погубить его.

Съ теченіемъ времени голоса ослабѣваютъ въ своей силѣ, конечно если больной броситъ пить вино; но они тянутся обыкновенно много лѣтъ, больной свыкается съ ними, можетъ работать, и только, по временамъ, когда голоса обостряются больной выходитъ изъ равновѣсія, снова начиная пугаться ихъ. Иные больные хорошо сознаютъ, что эти голоса—ложныя ощущенія, болѣзнь, вызванная злоупотребленіемъ виномъ.

Большею-же частью больные, хотя и привыкаютъ къ своимъ голосамъ, но принимаютъ ихъ за проявленіе сверхестественной силы. Больные нерѣдко говорятъ, что тѣ голоса, которые имъ слышатся, есть результатъ вліянія на нихъ нечистой силы. Голоса нерѣдко называютъ себя какими-нибудь именами, иногда

выдаютъ себя за нечистую силу. Больной ведетъ съ своими голосами цѣлые разговоры, спрашиваетъ у нихъ, кто они, зачѣмъ они преслѣдуютъ его, а тѣ въ свою очередь отвѣчаютъ на это, давая нерѣдко опредѣленные отвѣты. Иногда больные колеблятся въ своемъ заключеніи насчетъ того, почему имъ слышатся голоса, то соглашаясь съ тѣмъ, что это болѣзнь, то приходя къ убѣжденію, что это вліяніе нечистой силы. Когда къ вамъ является больной, который жалуется на то что его безпокоятъ голоса, то часто оказывается, что это затяжной алкогольный бредъ. Больные это рода являются къ вамъ одни, большею частью безъ сопровождающихъ ихъ лицъ Часто приходитъ за совѣтомъ больной, который продолжаетъ заниматься своихъ дѣломъ, скрывая существованіе голосовъ отъ окружающихъ. Зная, что въ весьма многихъ случаяхъ голоса обнаруживаются вслѣдъ за злоупотребленіемъ спиртными напитками и развиваются послѣ бѣлогорячечнаго синдрома, который при этомъ иногда протекаетъ въ не рѣзкой и не въ очень острой формѣ, —зная это, нужно, при разспросѣ такого больного, обратить вниманіе на употребленіе вина. Слѣдуетъ спросить, какъ пьетъ больной, давно-ли началъ пить, пилъ-ли запоемъ, или постоянно: нужно узнать, не было-ли подъ вліяніемъ вина бѣлой горячки, не повторялась-ли послѣдняя. Нужно узнать отъ больного, когда у него появились голоса, существуютъ-ли они безъ перерыва, или-же ослабѣвали въ своей силѣ и потомъ снова усиливались, что̀ бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда больной продолжаетъ пить вино. При составленіи исторіи болѣзни и при разспросѣ больного о существующихъ у него голосахъ, нужно держаться нѣкоторой системы и задавать больному вопросы въ извѣстномъ порядкѣ.

Если вы констатировали, что у больного существуютъ голоса, то надо спросить, какіе именно голоса онъ слышитъ, знакомые или незнакомые, мужскіе или женскіе, и сколько ему слышится голосовъ, одинъ или два—три и больше. Какъ я упомянулъ уже выше, больной можетъ слышать или знакомые голоса, или незнакомые; если голоса незнакомые, то нерѣдко

больные принимаютъ ихъ за голоса нечистыхъ; нерѣдко тѣ голоса, которые слышатся больнымъ отличаются особеннымъ, непріятнымъ для нихъ оттѣнкомъ; часто это, по выраженію больныхъ, «противные голоса», наводящіе на нихъ страхъ и связанные съ представленіемъ о вліяніи нечистой силы. Ложные голоса больной узнаетъ по какимъ-то примѣтамъ отъ настоя щихъ голосовъ; можетъ быть, здѣсь больной руководствуется тембромъ ложныхъ голосовъ, а можетъ быть и тѣмъ, что ложные голоса сопровождаются непріятнымъ чувствомъ. Узнавъ отъ больного, какого рода голоса ему слышатся, слѣдуетъ спросить, откуда они слышаться, съ какого разстоянія, громки-ли они, или-же наоборотъ, слышатся въ видѣ шопота на ухо. Больной говоритъ при этомъ, что голоса ему слышатся то издали то вблизи; словно то лицо, которое служитъ источникомъ этихъ ложныхъ голосовъ, мѣняетъ свое мѣстонахожденіе, то приближаясь, то удаляясь; то голоса слышатся изъ неопредѣленнаго пространства. Иногда больному кажется, что онъ слышитъ голоса въ своей головѣ или изъ носа, въ животѣ. Голоса эти преслѣдуютъ больного, твердятъ нерѣдко одно и тоже, иной разъ больной, не вѣря даже въ ихъ реальность, можетъ сдѣлать такъ, какъ заставляютъ его голоса. Слѣдуетъ спросить, что именно слышится больному, какія слова и фразы, на какую тему, разнаго содержанія или однобразныя. Кромѣ голосовъ, больному кажется нерѣдко, что «они» отвѣчаютъ на его мысли; «они» руководятъ имъ, наблюдаютъ за его нравственностью. При разспросѣ больного нужно подробнѣе спросить, какъ это происходитъ, при какихъ обстоятельствахъ; нужно постараться выяснить, какъ это дѣлается, попросить больного разсказать какой-нибудь примѣръ. У нѣкоторыхъ больныхъ отвѣты, которые они слышатъ на свои мысли, отрывочны, неочень разнообразны, у другихъ больныхъ эти отвѣты очень обстоятельны и разнообразны, такъ что больные могутъ вести обстоятельные разговоры съ своими невидимыми собесѣдниками. Это явленіе, заключающееся въ повтореніи мыслей кѣмъ-то вслухъ невсегда одинаковой интензивности; то оно ослабѣ-

ваетъ, то снова усиливается временами, при утомленіи, при случайныхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ при огорченіи и такъ далѣе.

Иногда больные съ своими голосами свыкаются, особенно если они длятся нѣсколько лѣтъ. Что касается дифференціальной діагностики *затяжнаго алкогольнаго бреда* отъ типической хронической паранойи, то въ этомъ отношеніи можно руководствоваться слѣдующими соображеніями: 1) затяжной алкогольный бредъ развивается вслѣдствіи злоупотребленія виномъ, всегда его появленію предшествуетъ хотя-бы слабо выраженный бѣлогорячечный синдромъ, между тѣмъ какъ типическій бредъ преслѣдованія развивается постепенно и медленно, причемъ слуховыя галлюцинаціи обнаруживаются во второмъ періодѣ (по Magnan'у), т. е., спустя болѣе или менѣе значительное время послѣ начала болѣзни. 2) Типическій бредъ преслѣдованія является болѣзнью прогрессирующей, развивающейся, ведущей, хотя иногда и черезъ много лѣтъ, къ слабоумію; а затяжной алкогольный бредъ не обнаруживаетъ наклонности къ прогрессивному развитію; наоборотъ, большей частью слуховыя галлюцинаціи съ теченіемъ времени становятся болѣе слабыми, менѣе интензивными, менѣе разнообразными. 3) Если имѣмъ дѣло съ чистымъ *затяжнымъ алкогольнымъ бредомъ*, то легко убѣдиться въ томъ, что у больного нѣтъ рѣзко замѣтныхъ иллюзій, а существуютъ преимущественно слуховыя галлюцинаціи; эти послѣднія въ тишинѣ, гдѣ меньше повода для иллюзій, усиливаются, становятся слышнѣе и отчетливѣе; при типическомъ-же бредѣ преслѣдованіи у больного, по крайней мѣрѣ въ извѣстномъ періодѣ, можно констатировать массу слуховыхъ иллюзій. 4) Больной, страдающій типическимъ бредомъ преслѣдованія, видитъ въ окружающемъ намеки на свой счетъ, принимая многое изъ того, что совершается вокругъ него, за нѣчто, имѣющее къ нему непосредственное отношеніе; больной, у котораго существуетъ затяжной алкогольный бредъ, такихъ намековъ обыкновенно не замѣчаетъ; тотъ больной прислушивается къ тому что про него говорятъ окружащіе а этого больного

голоса заставляютъ слушать совѣты и отвѣты на его мысли 5) Тотъ больной становится къ окружающимъ во враждебное отношеніе, обвиняя ихъ въ недружелюбномъ къ себѣ отношеніи и въ преслѣдованіи, а этотъ больной занятъ только своими голосами, которые постоянно привлекаютъ его вниманіе. 6) Больной, страдающій типическимъ бредомъ преслѣдованія, твердо убѣжденъ, что его преслѣдуютъ, что ему дѣлаютъ разныя непріятности; больной-же, у котораго существуетъ затяжной алкогольный бредъ, приписываетъ нерѣдко голоса тому, что онъ боленъ; иногда объсняетъ ихъ вліяніемъ на него нечистой силы, но онъ не станетъ говорить, что враги его вліяютъ на него гипнозамъ или электричествомъ. 7) Первый больной весьма недружелюбенъ, недовѣрчивъ, неохотно разсказываетъ о своемъ бредѣ, о своихъ ложныхъ ощущеніяхъ; второй-же довольно благодушенъ, довѣрчивъ, обращается къ врачу съ искреннимъ желаніемъ довѣриться ему. 8) Больные, страдающіе типическимъ бредомъ преслѣдованія, вслѣдствіе своей враждебности къ окружающимъ, являются нерѣдко опасными для другихъ; при затяжномъ-же алкогольномъ бредѣ опасности для окружающихъ по крайней мѣрѣ, когда пройдутъ явленія остраго періода, нѣтъ, такъ какъ больной, приписывая голоса вліянію нечистой силы, желаетъ освободиться отъ нихъ при помощи обращенія къ Богу или при помощи лѣченія.

Первый больной считаетъ себя жертвой своихъ преслѣдователей, оправдываетъ себя и обвиняетъ другихъ; второй-же нерѣдко упрекаетъ себя въ чемъ-нибудь, напр., раскаивается въ томъ, что онъ пилъ вино и разстроилъ свое здоровье. Больные съ затяжнымъ алкогольнымъ бредомъ рѣдко попадаютъ въ больницу; ихъ не помѣщаютъ туда насильственно, такъ какъ въ этомъ нѣтъ надобности; они сами, по своему желанію, обращаются въ больницу. Иное дѣло типическіе паранойики; тамъ нерѣдко возникаетъ вопросъ о насильственномъ помѣщеніи ихъ въ больницу, такъ такъ они являются опасными для окружающихъ.

Относительно сооственно *paranoia alcoholica* нужно замѣ

тить, что по картинѣ болѣзни, по систематизаціи бредовыхъ идей, она подходитъ болѣе всего къ типической паранойѣ; но отъ нея она отличается острымъ началомъ, нерѣдко бывающимъ, и тѣмъ, что развивается иной разъ изъ приступа напоминающаго бѣлую горячку. Здѣсь еще вопросъ, есть-ли это алкогольная паранойя, т. е., такая болѣзнь которая не развилась-бы безъ употребленія алкоголя, или же это настоящая паранойя, только съ острымъ началомъ и съ массой ложныхъ зрительныхъ ощущеній, что́ зависитъ отъ вліянія алкоголя, который, такъ сказать, ускоряетъ теченіе обыкновенной паранойи и придаетъ, кромѣ того, ей и своеобразную, алкогольную окраску. Развитіе алкогольнои паранойи въ общихъ чертахъ таково: у больного, злоупотребляющаго спиртными напитками, развивается приступъ, похожій на бѣлую горячку, но безъ глубокаго затемнѣнія сознанія, съ массой бредовыхъ идей посторонняго вліянія. Затѣмъ, явленія бѣлой горячки стихаютъ, а бредовыя идеи посторонняго вліянія и неправильнаго бредового толкованія остаются; у больного является стремленіе выяснить то, что онъ испытывалъ во время состоянія бѣлой горячки, причемъ онъ высказываетъ иногда, что то, что онъ переживалъ, было показано ему, какъ представленіе какой-то партіи. У больного въ дальнѣйшемъ теченіи остаются слуховыя и зрительныя галлюцинаціи: больному окружающее представляется инымъ, чѣмъ на самомъ дѣлѣ; вокругъ себя онъ начинаетъ видѣть враждебное отношеніе, членовъ какой-нибудь партіи; напр., одинъ больной, страдавшій алкогольной паранойей, говорилъ, что его окружаютъ члены тайнаго и ему враждебнаго общества «Ма́фія». Подъ вліяніемъ бредовыхъ идей преслѣдованія и подъ давленіемъ галлюцинацій соотвѣтствующаго характера такого рода больные иногда становятся весьма враждебными къ окружающимъ и очень опасными для нихъ. Изъ этого краткаго описанія алкогольной паранойи вы видите уже, что она рѣзко отличается отъ затяжнаго алкогольнаго бреда, такъ какъ она больше приближается къ обыкновенной паранойѣ.

При дифференціальной діагностикѣ нужно имѣть въ виду еще то, что алкогольный бредъ выражается иногда въ нѣсколько своеобразной формѣ. Больному не слышатся голоса, не бываетъ у него и повторенія словно кѣмъ-то постороннимъ его мыслей, но развивается своеобразное состояніе, когда больному кажется, что онъ словно съ кѣмъ-то разговариваетъ; оставаясь одинъ, въ тишинѣ особенно, больной ведетъ съ какимъ-нибудь лицомъ мысленные разговоры; онъ мысленно задаетъ вопросы, а ему тоже отвѣчаютъ, но при этомъ онъ не слышитъ звука; иногда больной увлекается этими разговорами, забываетъ окружающее, можетъ жестикулировать, сердиться на своего собесѣдника; а изъ разспроса больного оказывается, что у него происходятъ только мысленные разговоры; эти разговоры мѣшаютъ больному заниматься, отвлекаютъ его вниманіе, мѣшаютъ ему сосредоточиваться, потому что чуть онъ отрѣшится отъ окружающихъ впечатлѣній, какъ у него начинаются эти мысленные разговоры, которые онъ ведетъ противъ своей воли. Въ этомъ случаѣ дѣло не доходитъ до слуховыхъ галлюцинацій; но всетаки то, что больной въ этомъ мысленномъ разговорѣ приписываетъ другому лицу, своему собесѣднику, онъ отличаетъ отъ своихъ собственныхъ мыслей. Иногда такое состояніе бываетъ довольно непріятнымъ для больного, который и обращается къ врачамъ, желая избавиться отъ своей болѣзни и понимая, что это болѣзнь. При этомъ у больного не бываетъ бредоваго толкованія такого явленія. Эти мысленные разговоры, конечно, рѣзко отличаются отъ тѣхъ мысленныхъ разговоровъ, которые ведетъ на разстояніи съ своими преслѣдователями типическій паранойикъ; у послѣдняго существуютъ бредовое толкованіе ихъ, ему кажется, что его мысли узнаютъ его враги; здѣсь-же этого нѣтъ; здѣсь больной можетъ хорошо понимать, что онъ боленъ что все, что онъ испытываетъ, совершается въ его головѣ и не имѣетъ никакого отношенія къ окружающимъ. Эти случаи алкогольнаго бреда, гдѣ нѣтъ слуховыхъ галлюцинацій, но гдѣ существуютъ мысленные разговоры выше описанные, можно-бы

если угодно, называть абортивной, недоразвившейся формой затяжного алкогольнаго бреда.

При затяжномъ алкагольномъ бредѣ пораженіе слухового периферическаго аппарата встрѣчается часто, при хронической-же паранойѣ, если это и встрѣчается, то нетакъ уже часто, по крайней мѣрѣ въ рѣзкой формѣ. Такъ какъ указанный физическій симптомъ имѣетъ дифференціально-діагностическое значеніе, то я укажу на то, въ чемъ выражается этотъ симптомъ при затяжномъ алкогольномъ бредѣ. Нерѣдко бываетъ такъ, что больной, страдающій затяжнымъ алкогольнымъ бредомъ, слышитъ голоса какъ разъ съ той стороны, слухъ съ которой хуже. Иногда такого рода больные плохо слышатъ на оба уха; иногда же они слышатъ сравнительно хорошо, но у нихъ удается констатировать то или другое страданіе въ барабанной перепонкѣ, въ среднемъ ухѣ. Весьма часто страданіе уха предшествуетъ слуховымъ галлюцинаціямъ. Является вопросъ, не отражаются ли эти, часто не замѣтныя для больного, раздраженія, исходящія изъ периферическаго слухового аппарата, на состояніи высшихъ корковыхъ слуховыхъ центровъ. Весьма вѣроятно, что въ нихъ происходитъ нѣкоторое нарушеніе функціональнаго равновѣсія, вслѣдствіе чего, подъ вліяніемъ алкоголя, здѣсь и происходитъ болѣе интензивное измѣненіе, что проявляется въ видѣ слуховыхъ галлюцинацій и повторенія вслухъ, словно кѣмъ-то посторонним, мыслей больного. Правда, мѣстное лѣченіе со стороны уха мало помогаетъ и мало отражается на существованіи голосовъ, которые продолжаютъ безпокоить больного, но нужно обращать вниманіе на то, чтобы имѣть представленіе о состояніи органа слуха, и лѣчить страданіе уха, если оно есть, способами, которые показуются въ такихъ случаяхъ.

При дифференціальной діагностикѣ хронической паранойи надо имѣть въ виду, что иногда слуховыя галлюцинаціи бываютъ безъ алкоголизма, при отсутствіи бреда, нерѣдко съ пораженіемъ слухового аппарата.

При дифференціальной діагностикѣ хронической, неизлѣ-

нимой паранойи приходится обращать вниманіе и на то, когда развиваются у больного признаки умственной слабости. Если у больного признаки умственной слабости развиваются въ теченіи паранойи очень рано, то является вопросъ, будетъ-ли это паранойя или-же какая-нибудь другая болѣзнь въ паранойяльной формѣ, напр., *dementia paranoides* (Kraepelin'a) или просто *dementia praecox*. Паранойяльныхъ формъ слабоумія довольно много, и внѣшнія проявленія ихъ могутъ быть самыя разнообразныя.

Что касается ухода и лѣченія паранойиковъ, то нужно замѣтить, что здѣсь прежде всего требуется самое тактичное обращеніе съ больными. Если паранойики, уже въ силу своего бреда, становятся во враждебныя отношенія къ окружающимъ, то окружающимъ лицамъ, ухаживающимъ за больнымъ, не нужно подавать лишняго повода, чтобы ухудшать отношенія между ними и больнымъ. Такъ какъ больные паранойики сохраняютъ ясное сознаніе и хорошо помнятъ то, что говоритъ имъ врачъ и другія лица, то обманывать больныхъ ни въ какомъ случаѣ нельзя, лучше прямо сказать больному, что исполнить его просьбу нельзя или промолчать, чѣмъ пообѣщать что-нибудь и не исполнить. Обманъ и безъ того недовѣрчивыхъ и подозрительныхъ паранойиковъ дѣлаетъ ихъ еще болѣе недовѣрчивыми и подозрительными. Нужно, оказывая больному извѣстное вниманіе и стараясь заручиться его довѣріемъ, сохранять съ нимъ дружескія отношенія, нужно внимательно выслушивать его жалобы, его заявленія, просьбы; если больной на васъ сердится, не здоровается съ вами, нападаетъ на васъ, когда вы заговариваете съ нимъ, то нужно обращать постоянно вниманіе на то какъ реагируетъ больной на ваши слова. Нужно избѣгать, чтобы онъ сильно сердился на васъ; надо стараться, чтобы больной не приходилъ въ гнѣвъ лишній разъ. Но съ другой стороны нельзя предоставлять больныхъ вполнѣ собственнымъ желаніямъ. Постоянно нужно слѣдить, чтобы больной велъ правильный образъ жизни, во-время обѣдалъ, во-время ложился спать и вставалъ раздѣвался и бралъ ванну, гулялъ и

т. д. Многіе паранойики, подъ вліяніемъ бредовыхъ идеи рѣзко измѣняютъ свой образъ жизни. Напр., больной можетъ, руководствуясь своими бредовыми идеями, не во-время обѣдать. Если больной—паранойикъ живетъ дома, то онъ начинаетъ пользоваться пищей по своему выбору, или пьетъ цѣлый день чай, или не ѣстъ мяса, а питается однимъ хлѣбомъ и т. д Поэтому, когда имѣете дѣло съ больнымъ—паранойикомъ въ домашней жизни, а не въ больницѣ, для выясненія полной картины психическаго состоянія, нужно разспросить и о томъ, кака ѣстъ больной, когда, чѣмъ онъ питается, не разсматриваетъ ли, не обнюхиваетъ ли пищу. Конечно, однообразіе въ пищѣ, а также исключительное питаніе себя однимъ хлѣбомъ, можетъ дурно отозваться на общемъ питаніи; поэтому, нужно заботиться о томъ, чтобы найти средства пріучить больного какимъ-нибудь образомъ къ болѣе правильнымъ пріемамъ пищи. Конечно, невсегда это удается; но нужно приложить всетаки всѣ старанія къ тому, чтобы пріучить больного правильно питаться. Тоже самое и относительно чистоты. Нѣкоторые больные отказываются отъ ванны. Нѣкоторые изъ паранойиковъ, живущихъ дома и давно уже больныхъ, не берутъ ни ванны, ни ходятъ въ баню. Тоже самое и относительно платья и бѣлья. Больные паранойики иногда привыкаютъ спать въ верхней одеждѣ, въ сапогахъ, въ пальто и т. д. И на это обстоятельство нужно также обратить вниманіе; нужно стремиться къ тому, чтобы больной не дѣлалъ этого. Нужно наблюдать за этимъ, уговаривать больного и настаивать на томъ, чтобы онъ раздѣлся. Больной можетъ сопротивляться этому; но сопротивленіе его въ этомъ отношеніи большею частью не упорно, и больного можно иногда пріучить раздѣваться и не спать въ верхней одеждѣ. Также нужно обращать вниманіе и на то, чтобы больной мѣнялъ бѣлье. Вообще, разумная настойчивость и тактичность здороваго человѣка, понимающаго состояніе больного, могутъ достичь весьма значительныхъ результатовъ въ уходѣ за такого рода больными—паранойиками и помогутъ постепенно пріучить больного къ правильному и гигиениче

скому образу жизни. Конечно, какъ-бы паранойикъ на васъ ни сердился, какъ-бы онъ ни былъ враждебенъ къ вамъ, всегда нужно быть съ нимъ сдержанымъ, ласковымъ, всегда нужно помнить, что это больной человѣкъ, дѣйствующій такъ, а не иначе, по болѣзни, а не по злой волѣ. Нужно стараться отвлечь вниманіе больного—паранойика отъ его бредовыхъ мыслей. Для этого слѣдуетъ пріучать его къ какой-нибудь работѣ, занятію, чтенію, бесѣдовать съ нимъ о чемъ-нибудь постороннемъ. Среди паранойиковъ встрѣчаются больные сравнительно благодушные, сговорчивые, способные до нѣкоторой степени къ общественной жизни; но между ними попадается много больныхъ неуживчивыхъ, придирчивыхъ, враждебно-относящихся къ окружающимъ, иногда проявляющихъ аггрессивныя наклонности. Такого рода больные могутъ быть иногда опасными для окружающихъ, для врачей. Практика психіатрическихъ заведеній даетъ большое количество несчастныхъ случаевъ въ больницѣ, гдѣ паранойики наносили тяжкія увѣчья и даже убивали кого-нибудь изъ окружающихъ. Извѣстны слугаи, когда паранойикъ, связывающій свой бредъ съ врачемъ и считающій его своимъ врагомъ, наносилъ ему тяжкое поврежденіе. Конечно, нужно тщательнѣе изучать характеръ больныхъ и лишать возможности такихъ больныхъ причинять вредъ окружающимъ, но не строгими мѣрами, а наиболѣе бдительнымъ наблюденіемъ. Нужно обращать вниманіе на то, чтобы больной не досталъ гдѣ-нибудь остраго предмета, нужно остерегаться, чтобы въ томъ мѣстѣ, гдѣ гуляетъ больной, не было возможности легко доставать камни, кирпичи и т. д.

Большое затрудненіе для окружающихъ представляетъ помѣщеніе сопротивляющихся лѣченію паранойиковъ въ больницу. Къ вамъ могутъ обратиться съ просьбой, какъ помѣстить такого рода больного въ лѣчебницу. Одно можно посовѣтовать прежде всего, что нельзя прибѣгать къ грубому обману, такъ какъ обманъ, при ясномъ сознаніи у больного, ни къ чему не поведетъ. Нужно постараться уговорить больного; лучше всего, если можно, прибѣгнуть къ помощи тактичнаго

человѣка, къ которому больной относится невраждебно. Часто бываетъ такъ, что роднымъ не удается помѣстить больного въ больницу, а вмѣшательство разумнаго человѣка помогаетъ въ этомъ дѣлѣ.

Иногда могутъ вамъ предложить осмотрѣть больного и явиться къ нему не въ видѣ врача, а, напр., подъ видомъ покупателя или продавца чего-нибудь, или адвоката и пр. Соглашаться на это нельзя. Пусть больной лучше разсердится на васъ, узнавши, что вы врачъ и явились лѣчить его, чѣмъ, узнавши о вашемъ обманѣ, сдѣлается еще менѣе довѣрчивымъ къ окружающимъ. Иногда больной, разсердившись, скажетъ вамъ о своемъ бредѣ больше, чѣмъ тогда, когда вы явитесь не подъ видомъ врача, когда вы не можете предлагать больному никакихъ медицинскихъ вопросовъ, когда ваше положеніе является крайне неловкимъ и щекотливымъ.

Если больной проявляетъ враждебное отношеніе къ окружающимъ и живетъ дома, то нужно обращать вниманіе на то, не опасенъ-ли онъ для окружающихъ; если-же существуютъ опасность со стороны больного для окружающихъ, то лучше совѣтывать помѣстить его въ больницу, гдѣ опасность отъ его аггрессивныхъ поступковъ вомного разъ меньше, а иногда и совсѣмъ устраняется. Нужно помнить, что паранойики проявляютъ враждебное отношеніе часто къ опредѣленному лицу, считая его своимъ врагомъ, считая его человѣкомъ, внушающимъ ему мысли, гипнотизирующимъ его.

Если паранойикъ находится подъ вашимъ наблюденіемъ то психическое состояніе его выясняется для васъ постепенно, при ежедневномъ наблюденіи больного. Если больной неохотно высказываетъ свой бредъ, скрываетъ свои галлюцинаціи, то при разспросѣ его нужно извѣстное умѣніе, извѣстный навыкъ. Чтобы убѣдиться въ томъ, нѣтъ ли у больного слуховыхъ галлюцинацій, нужно знать не разговариваетъ ли онъ самъ съ собою, не шепчетъ-ли чего-нибудь про себя, когда остается одинъ; этотъ вопросъ можно выяснить, если больной скрываетъ свои галлюцинаціи, только при наблюденіи за нимъ.

Иногда такой больной на вашъ вопросъ, не замѣчаетъ-ли онъ чтобы про него говорили кругомъ, отвѣтитъ вамъ что онъ «на это не обращаетъ вниманія», а такой отвѣтъ во многихъ случаяхъ указываетъ на существованіе слуховыхъ галлюцинацій. Если больной присматривается къ пищѣ, обнюхиваетъ ее, то, по всей вѣроятности, у него существуютъ мысли, что ему въ пищу что-нибудь подкладываютъ, что даютъ съ пищею какое-нибудь лѣкарство, что, можетъ быть, его отравляютъ.

Поэтому, давать такимъ больнымъ лѣкарство въ пищѣ не слѣдуетъ, такъ какъ больные могутъ узнать, что въ пищу прибавляютъ лѣкарство и начать отказываться отъ пищи; а отказъ отъ пищи у параноиковъ можетъ быть весьма упорнымъ и непріятнымъ въ томъ отношеніи, что можетъ повести къ продолжительному кормленію черезъ зондъ.

Если больной скрываетъ свой бредъ, то по манерѣ его разговаривать, отвѣчать на ваши вопросы, по манерѣ держаться съ окружающими вы можете составить себѣ представленіе о характерѣ его бреда. Иногда и по избирательному отношенію больного къ предлагаемымъ вопросамъ, можно судить о существованіи тѣхъ или иныхъ бредовыхъ идей. Напр., у одной больной подозрѣвались, между прочимъ, бредовыя идеи, что ее отравляютъ и хотятъ вызвать у нея омертвѣніе конечностей; она скрывала свой бредъ. Когда ее спрашивали, не болитъ-ли у нея голова, она отвѣчала, что голова у нея болитъ и часто бываетъ тяжелая; а когда ей затѣмъ предлагали вопросъ, не бываютъ ли у нея боли въ ногахъ и рукахъ, больная переставала отвѣчать на вопросы и просила ее не спрашивать объ этомъ. У этой-же больной подозрѣвались идеи отравленія; когда ее спрашивали, каковъ у нея аппетитъ, она говорила что у нея плохой аппетитъ; а когда задавали ей вопросъ, не замѣчаетъ ли она, что пища иногда бываетъ невкусной, больная и на это не отвѣчала и просила ее не разспрашивать: но изъ отвѣтовъ больной можно было догадаться что у нея существуютъ мысли объ отравленіи.

Какъ наблюдать и изучать паранойиковъ, это, конечно, дѣло навыка и умѣнья. Я могу лишь сдѣлать самыя общія указанія, иллюстрируя ихъ отрывочными примѣрами. Несомнѣнно, что чѣмъ больше вы будете знать больного, тѣмъ будете для него полезнѣй.

Что касается лѣкарственнаго лѣченія, то оно мало приноситъ пользы; кромѣ назначенія отъ времени до времени укрѣпляющихъ, можно давать больнымъ бромистую микстуру, иногда съ кодеиномъ; иногда, при существованіи дурного настроенія, можно назначить на время, то или другое изъ наркотическихъ. Если болѣзнь обостряется, можно примѣнять лѣченіе теплыми ваннами.

Понятно, что если удается пріучить больного къ какому-нибудь занятію, то это будетъ для него полезно во многихъ отношеніяхъ

ОГЛАВЛЕНІЕ.

ихъ отъ самоубійства (47); о питаніи больныхъ, о лѣченіи вяло сти кишечника (49). О лѣченіи теплыми ваннами (50) и фармацевтическими средствами (51). О томъ, какъ наблюдать за меланхоликами при больничномъ лѣченіи (52); объ устраненіи непріятныхъ впечатлѣній; о raptus melancholicus; о томъ, въ какой формѣ давать лѣкарство меланхоликамъ; о лѣченіи ихъ безсонницы.

Лекція чертвертая. О составленіи объективнаго анамнеза при маніи; опредѣленіе внѣшнихъ проявленій болѣзни (65): легкія формы, среднія, тяжелыя (64). Рѣдкость маніи, какъ единичнаго заболѣванія; рецидивирующая манія (70). Способъ изслѣдованія самого больного при маніи (72); оцѣнка наблюдаемыхъ явленій; о нѣкоторыхъ характерныхъ физическихъ признакахъ при маніи: хриплый голосъ, плохой сонъ, выраженіе лица и глазъ (77—78).

Лекція пятая. Распознаваніе маніи. Манія, какъ одна изъ фазъ кругового помѣшательства (80). Отличіе маніи отъ маніакальной аменціи (81). Отличіе маніи отъ vesania maniacalis (82). Отличіе ея отъ маніакальной формы прогрессивнаго паралича (85), отъ экспансивныхъ формъ паранойи (87), отъ маніакальныхъ старческихъ состояній (артеріосклеротическихъ) и другихъ (88). О предсказаніи при маніи; о лѣченіи маніакальныхъ больныхъ (89); о томъ, какъ окружающіе должны держать себя съ ними; о постельномъ содержаніи (91), о лѣченіи теплыми ваннами (93), фармацевтическими средствами (94).

Лекція шестая. Объ острой спутанности сознанія или Meynert'овской аменціи и dysnoia Корсакова. О признакахъ этой болѣзни (96—100). О дементной формѣ аменціи (100), о ступорозной (101), о бредовой (101), о маніакальной (102), о меланхолической (103), о циркулярной (104), о рекуррентной (104). О рецидивирующей аменціи (105); о своеобразной безтолковости при рецидивирующихъ аменціяхъ (106). О продолжительности болѣзни (108)

Лекція седьмая. О распознаваніи при различныхъ формахъ аменцій (111): при дементной формѣ, при ступорозной, бредовой, маніакальной (113); объ отличіи маніакальной аменціи отъ остраго бреда (114); отличіе меланхолической аменціи отъ vesania

melancholica (116—117). О лѣченіи различныхъ формъ аменціи: ванными, фармацевтическими средствами, (117). Объ уходѣ за больными. О питаніи больныхъ, отказывающихся отъ пищи (119). О кормленіи чрезъ зондъ (120—123). Объ особенностяхъ ухода за больными, страдающими маніакальной аменціей (124). О неопрятности больныхъ и основы для борьбы съ нею 125—126).

Лекція восьмая. О паранойѣ или первичномъ помѣшательствѣ (127). О типическомъ бредѣ преслѣдованія (128), о постепенномъ развитіи болѣзни, ея особенностяхъ. Хроническій бредъ съ систематическимъ развитіемъ, описанный Magnan'омъ (154); первый періодъ этой формы, второй (1?5) третій (139); періодъ слабоумія (139).

Лекція девятая. О хронической паранойѣ въ формѣ бреда бѣсоодержимости или превращенія (142); объ аллегоризаціи болевыхъ ощущеній О первичномъ помѣшательствѣ эротическаго характера (143); о paranoia religiosa. О резонирующихъ формахъ первичнаго помѣшательства (144). Persécutés—persécuteurs (145). Paranoia inventoria (151). Объ острыхъ душевныхъ разстройствахъ, протекающихъ въ паранойяльной формѣ (155).

Лекція десятая. Необходимость знакомства съ затяжнымъ алкогольнымъ бредомъ при распознаваніи хронической паранойи; о томъ, въ чемъ и какъ проявляется затяжной алкогольный бредъ (158); о «голосахъ» при этомъ страданіи. Основы для отличія этихъ двухъ болѣзней (192); paranoia alcoholica въ тѣсномъ смыслѣ этого слова (164). О частомъ пораженіи слухового периферическаго органа при затяжномъ алкогольномъ бредѣ (166). Объ уходѣ за паранойиками; объ особенностяхъ изслѣдованія ихъ.
